

Luca Des Dorides

Scemi, derelitti e degenerati.

**Strategie di potere e contrattazione del sapere nell'ospedale dei matti di
Roma (1918-1938)**

Indice

Introduzione	p. 5
Parte I – Dalla storia della psichiatria alla storia dell'internamento manicomiale	p. 17
1. Tra psichiatria e manicomio: una storia di ordinaria Follia	p. 23
2. L'Ottocento: il secolo degli alienisti	p. 33
3. La storiografia dell'alienismo	p. 37
4. Il Novecento: psichiatri e manicomi negli anni del Fascismo	p. 45
5. La costruzione dell'identità deviante: un nuovo modello di analisi per la storia dell'internamento manicomiale	p. 57
Parte II – L'analisi dell'internamento manicomiale	p. 67
1. Dove vivevano i matti: il manicomio come luogo della follia	p. 69
2. Lo scemo del villaggio: etichettamento e carriera dei malati di mente	p. 91
3. Fare un matto: identità e internamento	p. 113
4. Il capitale sociale: reti sociali, famiglia e patronage	p. 125

5. “Je sò pazzo”: il manicomio nelle strategie di sopravvivenza	p. 145
6. Imparare il manicomio: la diffusione del sapere psichiatrico-manicomiale	p. 169
7. Erano proprio tutti matti? Il manicomio come istituto di assistenza sociale	p. 191
8. Amore folle: la mascolinità deviante	p. 223
Bibliografia	p. 247
Elenco delle fonti e delle abbreviazioni	p. 263

Introduzione

Quando venne dato l'avvio al riordino dell'Archivio Storico del Santa Maria della Pietà, nel 1988, davanti agli occhi dell'archivista incaricata¹ si presentava una situazione a dir poco disastrosa: *“al momento dell'inizio dei lavori la documentazione dell'ospedale Santa Maria della Pietà era in condizioni di assoluto disordine e abbandono, sparsa in locali fatiscenti, spesso malsani, infestati ed inaccessibili”*². Non fossero bastati cinque secoli di storia e numerosi spostamenti di sede a rendere particolarmente infelice lo stato di conservazione delle carte archivistiche, era intervenuto un lungo decennio di abbandono conseguente al progressivo esaurirsi delle funzioni di ospedale psichiatrico iniziato alla fine degli anni settanta del Novecento. Tredici anni dopo, nel 2001, Nicola Pastina e Roberta Sibbio,

¹ Il primo lavoro di riordino e inventariazione effettuato presso l'archivio storico del Santa Maria della Pietà è relativo al periodo 1988-1990 e venne effettuato dall'archivista dell'archivio di Stato di Roma Anna Lia Bonella. Questo riordino era il progetto pilota per quello che nel 1999 diventerà il progetto “Carte da Legare” varato dall'Ufficio centrale beni archivistici per il censimento, il riordino e la valorizzazione degli archivi degli ex ospedali psichiatrici.

² Anna Lia Bonella, *Note archivistiche*, in *L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma*, Dedalo, Bari 2003, Vol. I, *L'archivio storico (secc XVI-XX)*, p. 107.

della Cooperativa Memoria S.r.l., chiusero finalmente la lunga stagione di riordino consegnando agli studiosi un archivio storico di consistenza superiore al chilometro lineare e che abbraccia un arco temporale di cinque secoli.

Questo lungo e complesso lavoro, soprattutto quello concluso da Pastina e Sibbio relativo al periodo che va dall'Unità d'Italia alla chiusura del manicomio, ha reso possibile questa ricerca. Al di là di un doveroso ringraziamento che lo storico deve all'archivista che gli consegna lunghe e ben ordinate serie di carte d'archivio, l'importanza del riordino delle carte storiche conservate nell'archivio del Santa Maria, e di quelle degli ex manicomi in generale, consiste nel fatto di consegnare un'ingente mole di fonti documentarie che facilita enormemente il lavoro di chiunque intenda affrontare la storia delle istituzioni allargando il campo della ricerca al mondo degli assistiti. La presenza di lunghe serie archivistiche composte dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati e la natura stessa di questi particolari documenti, volti a registrare minuziosamente la vita e le opere delle persone prima e durante l'internamento, consentono la ricostruzione di storie individuali altrimenti sfuggenti e che, ormai da parecchio tempo, s'impongono come uno degli elementi di primario interesse per la storia sociale.

Inoltre, proprio la presenza di questa ingente mole di storie di vita conservate in archivio permette di gettare un ponte fra le vicende dell'istituto e quelle dei suoi abitanti. Tutto ciò rende possibile stabilire collegamenti e confronti fra la storia istituzionale del manicomio ed il suo retroscena più intimo e nascosto.

Infine, il dispiegarsi di queste stesse serie attraverso un arco cronologico tanto ampio permette di analizzare e confrontare permanenze e mutamenti ultrasecolari nel rapporto fra cittadino ed istituzioni e, più specificatamente, tra cittadino e manicomio.

Vista la natura delle fonti documentarie disponibili è stato possibile fare una storia dell'internamento manicomiale disgiunta e autonoma rispetto alla

storia della psichiatria nel suo complesso: una storia, quindi, in cui sono i modi del rapporto concretamente vissuto fra individuo e istituzioni ad assumere dignità di argomento autonomo e indipendente. Questo perché, nonostante gli indubbi e numerosi punti di contatto, la storia della psichiatria in quanto storia di una disciplina scientifica non combacia e non è assolutamente sovrapponibile alla storia dell'internamento manicomiale. Le fonti documentarie rimandano, infatti, l'immagine di un mondo – quello del manicomio – incoercibile all'interno dei confini teorici di una disciplina scientifica i cui enormi limiti producevano più che altro tentativi di cura velleitari, sfiducia e nichilismo terapeutico. Ma non era solamente l'incapacità terapeutica della psichiatria a relegarla in un ruolo più defilato di quello dichiarato ufficialmente: era proprio tutto il complesso di forze che influenzavano le dinamiche manicomiali a sopravanzare e marginalizzare gli aspetti scientifici della questione. In questo quadro la psichiatria non ha un ruolo egemone su ogni aspetto dell'internamento ma, pur restando lo sfondo interpretativo di quasi tutti i ricoveri, viene spesso ridotta a mero strumento per medicalizzare strategie di sopravvivenza che di patologico hanno poco o nulla. Nemmeno si può considerare questa storia dell'internamento manicomiale alla stregua di una storia specifica di un determinato istituto. L'interesse per le questioni tradizionalmente affrontate dalla storia dei vari istituti di ricovero manicomiale, come quelle patrimoniali, giuridiche e disciplinari, è in questo lavoro marginale e del tutto accessorio ad una storia delle dinamiche dell'internamento. Una storia che si discosta dall'analisi dei meccanismi normativi ufficiali per interessarsi all'enorme pulviscolo di azioni individuali che influenzavano e condizionavano accessi, dimissioni, interlocuzioni tra i diversi soggetti, quotidiane e decisive scelte di interventi e resistenze.

Con questo lavoro ho voluto calarmi nei recessi più intimi e personali di un ricovero manicomiale per respirare “miasmi e umori” di un luogo che sapeva offrire al tempo stesso storie fetide ed ottuse come anche meravigliose e geniali. Solo quando le dinamiche dell'internamento

manicomiale sono state riportate alla loro dimensione individuale, quando è stata restituita ad ogni singolo internamento l'importanza capitale che questo poteva avere per chi lo viveva, solo allora è stato possibile rintracciare quel brulicare di attività messe in moto dagli internati e dalle loro reti sociali che tanta parte avevano nella definizione degli stili manicomiali. In questo brulicare di attività apparentemente sconclusionato e incoerente è stato possibile riscontrare un ordine diverso da quello psichiatrico-amministrativo; un ordine spesso in contrasto con la scenografia istituzionale. Era questo l'ordine frammentario di una massa d'interventi individuali e scollegati che però si ricomponavano in un mosaico di esigenze ben definite di assistenza sociale.

Ed erano proprio queste esigenze a premere sul manicomio del primo dopoguerra affinché assolvesse compiti diversi da quelli medico-psichiatrici. Tale situazione era dovuta al difficile passaggio dall'assistenza caritatevole dell'età pontificia a quella di diritto che connoterà il secondo dopoguerra. In questo lungo periodo di transizione alcuni aspetti tipici della beneficenza papalina, come il clientelismo e il patronage, mantennero la loro funzione di strumento utile per l'accesso all'assistenza sia pubblica che privata. Questo perché tali strumenti non solamente potevano contare su meccanismi oliati e assai radicati, ma anche perché la loro duttilità risultava assai utile per tappare le innumerevoli falle che si aprivano nel sistema. Ma la massa di cittadini indigenti non si affidava solamente alla protezione di qualche notevole, faceva anche da sé. Di fronte alle discrasie sistemiche del nuovo Stato Unitario questa reagiva imponendo al manicomio un continuo accordo fra la pretesa scientificità del luogo e il rispetto di vecchie responsabilità assistenziali ereditate dall'ospedale sei-settecentesco; responsabilità fondate su una base tradizionale di mutui e reciproci doveri. Anche le forme del sostegno richiesto tendevano a replicare alcune caratteristiche del vecchio sistema papalino, configurandosi non solo, o non tanto, come sostegno a persone sole e del tutto inabili, ma anche e soprattutto

come sostegno a gruppi familiari non completamente indigenti ma sempre esposti al rischio di finire in miseria.

Quel che venne a configurarsi nelle dinamiche manicomiali del primo dopoguerra era, quindi, un processo spontaneo in cui l'interazione fra istituzione e cittadini cercava e trovava un accordo fra diversi codici culturali compresenti sulla stessa scena.

La nuova istituzione totale creata per la cura e il controllo dei malati di mente ereditava, quindi, parte dei compiti tradizionali cui assolveva il ricovero per derelitti dell'età moderna. In questa mai risolta contraddizione la pressione dei cittadini per imporre i doveri assistenziali s'incontrava con le pretese mediche del codice psichiatrico e con quelle del corpo sociale per la tutela dell'ordine e del decoro, generando una situazione in cui la cifra di riferimento del ricovero manicomiale oscillava fra medicina e assistenza sociale, fra cura e controllo.

Da questo complesso gioco d'influenze e negoziazioni conseguì un'intensa circolazione di fatti culturali: un flusso che permise ai diversi codici espressivi e interpretativi di dialogare tra loro e ai variegati interessi in campo di adattarsi o fondersi quasi osmoticamente.

Da parte dell'utenza manicomiale si riscontra spesso un'acquisizione dei modelli medico-psichiatrici imposti dalla cultura scientifica, acquisizione che però è sempre superficiale e del tutto strumentale alla conquista di prestazioni assistenziali, come se la follia fosse solo il nuovo codice comunicativo per mantenere l'accesso ai vecchi servizi.

Così facendo, accanto alle esigenze mediche e di controllo sociale, coloro che ricorrevano al manicomio riuscivano ad imporre all'internamento un proprio ordine fondato sull'erogazione di servizi di sostegno all'individuo e alla famiglia. Si può dire che l'utenza manicomiale rispettasse l'ordine imposto dalla scienza medica e dall'autorità pubblica ma, al tempo stesso, riuscisse ad imporre a queste un ordine fondato su bisogni e modalità e ritmi propri.

Questo aspetto assistenziale della manicomialità del primo dopoguerra è in gran parte da ricondurre ad una continuità, reale e percepita, fra l'antico teatro della pietà romana e il manicomio moderno. D'altronde il manicomio di Roma aveva alle spalle una storia iniziata in pieno Cinquecento controriformista e proseguita nelle sale del più importante ospedale pontificio, l'Archiospedale Santo Spirito in Saxia, non è difficile, quindi, ravvisare in questa lunga continuità istituzionale un fattore determinante nella cristallizzazione di abitudini secolari e nel mantenimento di prassi consolidate.

Se si volge lo sguardo agli studi sull'assistenzialismo romano in età pontificia³ si notano, infatti, quelle stesse negoziazioni minuziose e continue fra singoli, famiglie e istituzioni che caratterizzano le dinamiche manicomiali del primo Novecento.

Ed è proprio questo approccio incentrato sui modi con cui l'interazione fra le parti in causa definiva e ridefiniva i modi della manicomialità che mi ha imposto continui riferimenti alle ricerche sulla sociologia interazionista⁴, alle teorie sul funzionamento delle reti⁵ e alle teorie sui condizionamenti reciproci e le dinamiche collettive⁶.

L'attenzione per le dinamiche relazionali e per la funzione assistenziale svolta dal manicomio è forse l'aspetto più originale di questo lavoro, quello

³ Cfr. tra gli altri, Margherita Pelaja, *Matrimonio e sessualità a Roma nell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 1994; Maura Piccialuti Caprioli, *La carità come metodo di governo: istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Giappichelli, Torino 1994; Angela Groppi, *Il welfare prima del welfare*, Viella, Roma 2010.

⁴ Cfr. tra gli altri, Ervin Goffman, *Asylums: le istituzioni totali*, Einaudi, Torino 2001, e *Stigma: l'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003; Edwin Lemert, *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano 1981.

⁵ Cfr. tra gli altri, Fortunata Piselli (a cura di), *Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali*, Donzelli, Roma 1995; John Scott, *L'analisi delle reti sociali*, Carocci, Roma 2003.

⁶ Cfr. Tra gli altri, Thomas C. Schelling, *Micromotivazioni della vita quotidiana*, Bompiani, Milano 2006; Stanley Milgram, *Obbedienza all'autorità*, Einaudi, Torino 2003; Philip Zimbardo, *L'effetto Lucifero*, Cortina, Milano 2008; Michel Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 1999, e *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2000.

lo lega alle più recenti analisi storiografiche⁷ piuttosto che alla stagione pionieristica degli anni '70 e '80 del secolo scorso⁸. Se infatti ai primi studi storici sull'internamento manicomiale si deve il grande merito di aver ricostruito la dinamica generale del “grande internamento” ottonevicesimo, non al solo binomio cura/controllo è possibile ridurre la storia del manicomio. In particolare bisogna tener conto di come l'approccio disciplinare adottato dai primi storici della follia tendeva a leggere le vicende manicomiali con criteri troppo rigidamente funzionalisti. Criteri che, nella corsa a denunciare il manicomio come agenzia del controllo sociale, finivano per ignorare completamente l'influenza esercitata dalle persone internate e dalle loro reti sociali.

Per superare i confini – ormai percepiti come troppo angusti – di questa impostazione storiografica, era necessario modificare le prospettive stesse da cui affrontare lo studio dell'internamento. Per questo motivo ho deciso di lasciare sullo sfondo le questioni relative al ruolo del potere segregante e di non soffermarmi particolarmente sul tentativo, spesso vano, di certificare l'esistenza o meno di una reale patologia mentale nei pazienti presi in esame. L'attenzione si è quindi concentrata sul momento in cui i ricoverati o gli aspiranti tali s'incontravano con il mondo psichiatrico-manicomiale e sui modi con cui le parti in causa dividevano la gestione dell'internamento.

Ho anche ritenuto opportuno abbandonare l'abitudine di rapportarsi all'analisi dell'internamento in manicomio secondo una compartimentazione per categorie nosografiche. Tale approccio infatti rispecchia più il panorama interpretativo del mondo medico che non quello dei pazienti e delle loro reti sociali. Che un familiare fosse internato per schizofrenia o depressione, infatti, poco cambiava negli atteggiamenti che le

⁷ Cfr. tra gli altri, Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, Marsilio, Venezia 2002; Massimo Tornabene, *La guerra dei matti*, Araba Fenice, Boves 2007; Valeria Paola Babini, *Liberi tutti*, il Mulino, Bologna 2009.

⁸ Cfr. tra gli altri, Romano Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979; Alberto De Bernardi *et al.*, *Tempo e catene. Manicomi, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980; Valeria Paola Babini *et al.*, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982.

reti sociali adottavano nei confronti dell'accadimento; molto più influenti erano, invece, le questioni legate al bisogno economico, quelle affettive e quelle dell'onore familiare.

Per questo motivo, nella seconda parte di questa ricerca ho diviso il lavoro secondo nodi tematici utili alla comprensione dei meccanismi che governavano la realtà quotidiana e concreta dell'internamento manicomiale. Per prima cosa ho presentato il manicomio come "luogo della follia", ovvero come spazio fisico e mentale in cui dove vivevano i matti. Il fatto che si fosse adottata la soluzione del reclusorio, in particolare, creava tutta una grammatica di rapporti fra individui e istituzione che travalicava l'aspetto psichiatrico della questione e finiva per imporre al Santa Maria della Pietà il rispetto di regole e consuetudini tipiche delle istituzioni totali.

Ho poi evidenziato l'importanza fondamentale del processo di riconoscimento della follia, ovvero dell'etichettamento di un individuo nella categoria dei matti. Questo processo spesso doveva molto più al nesso consequenziale fra comportamenti tenuti dal ricoverato e reazione della comunità di provenienza che non al riconoscimento di sintomi psicopatologici chiari e scientificamente definiti. Era quindi un processo di stigmatizzazione che spesso iniziava fuori del manicomio e prima del ricovero. Nemmeno si può dire fosse sempre l'autorità pubblica ad intervenire per sanzionare l'infrazione: anzi, non di rado l'etichettamento era invece una questione tutta interna al focolare domestico.

Ho riservato un discorso a parte ai processi mediante i quali veniva creata un'identità folle. Il metro di riferimento è stato quello di spostare l'analisi dal binomio fra sano e malato, o fra pericoloso e non pericoloso, a quello fra internabile e non internabile. Alla base di questa distinzione c'è l'esigenza di specificare come a costruire un'identità folle fossero non solamente i criteri medici o di pericolosità, ma anche tutto un insieme di elementi non meno determinanti che andavano dalla necessità di ottenere vitto e alloggio all'esclusione di un parente dai diritti patrimoniali. Per questo motivo, l'analisi della costruzione dell'identità di folle deve necessariamente

travalicare i confini dell'orizzonte medico-amministrativo per coinvolgere quella parte di motivazioni che sottendeva l'agire degli attori non istituzionali.

Proprio questi attori non istituzionali sono tra i protagonisti delle vicende manicomiali che ho riportato in questo lavoro. Familiari e parenti più o meno stretti, ma anche amici, vicini di casa, compaesani e colleghi si ritagliavano quasi sempre ruoli più o meno importanti sulla scena di un internamento. La rete familiare, in particolare, va considerata come uno dei fattori maggiormente determinanti nel condizionare i destini di un procedimento manicomiale; grazie alla sua capacità di influenzare la circolazione delle informazioni, di offrire o meno risorse e di esercitare pressioni, in proprio o tramite le reti di *patronage*, l'istituto familiare è il vero protagonista della stragrande maggioranza degli internamenti manicomiali.

Proprio per l'influenza che esercitavano le reti sociali ho reputato fondamentale dedicare una parte del lavoro ai modi che governavano il loro agire e ai motivi che sottendevano il loro intervento. In particolare ho voluto porre in evidenza come una larga parte degli internamenti manicomiali facesse parte, o comunque mettesse in moto, strategie di sopravvivenza alle volte assai sofisticate. Si trattasse di ottenere un ricovero per un parente anziano cui nessuno poteva prestare assistenza o di ottenere l'incapacità d'intendere e volere per evitare la galera, l'internamento era una risorsa che i cittadini sapevano coscientemente sfruttare per fini personali che spesso nulla avevano a che fare con quelli ufficiali perseguiti dal manicomio.

Tutto questo intenso lavoro di network era possibile solo a partire dall'esistenza di ampi margini di manovra nei rapporti fra manicomio e cittadini. Una parte di questo lavoro si preoccupa proprio di mostrare come, alla base della capacità degli internati e delle loro reti di condizionare gli stili del manicomio, ci fosse un processo di acculturazione reciproca fra psichiatri e amministratori da un lato e cittadini dall'altro. Così, mentre l'utenza manicomiale apprendeva i codici del nuovo linguaggio psichiatrico

utili al perseguimento dei propri fini, dal canto loro le autorità istituzionali imparavano a modulare il proprio intervento in funzione di un mondo di esigenze che, come più volte ripetuto, appartenevano al mondo dell'assistenza sociale più che a quello medico.

Infine, nella parte relativa all'internamento della mascolinità deviante, sono tornato nuovamente ad una compartimentazione per tipologia d'internati. Questa scelta, che risulta eccentrica rispetto ai capitoli precedenti, è dovuta all'esigenza di rinforzare la validità di quanto fin lì esposto adottando un punto di vista rovesciato. Proprio nel ritorno a questo tipo di analisi è possibile evidenziare come i vari aspetti dell'internamento manicomiale analizzati agissero simultaneamente in uno stesso procedimento di reclusione. Inoltre, ho ritenuto importante dimostrare come il metodo che propongo per l'analisi delle cartelle cliniche non sia da intendersi in contrapposizione con ricerche mirate su determinati gruppi di ricoverati. Non è, infatti, in dubbio l'utilità e la correttezza di studi rivolti a particolari "comunità" di folli; bisogna però dotarsi di strumenti che permettano di tenere sotto controllo una serie di variabili capaci d'influire pesantemente sugli eventi in corso. Nel momento in cui un ricercatore decide di concentrare i propri interessi su una qualsiasi tipologia d'internati, allora decide – a volte arbitrariamente – di conferire una particolare identità ai pazienti che prende in esame; questa identità, però, non è né l'unica né, in alcuni casi, quella preponderante. Riconoscere in un internato l'appartenenza ad un gruppo, ad esempio quello degli omosessuali, non implica che necessariamente tutte le vicende legate al suo internamento siano dovute a questo particolare aspetto della sua identità personale. Se mancano la disponibilità e gli strumenti per mantenere gli occhi aperti su quanto è eccentrico rispetto agli interessi del ricercatore, allora c'è il rischio d'imporre agli eventi un ordine e una coerenza arbitrari. Anche per questo motivo è importante saper riconoscere tutto ciò che di quotidiano, intimo e personale contribuiva a determinare i destini di un ricoverato.

Al termine di questo lavoro è possibile fare delle precisazioni sul funzionamento del mondo manicomiale nel primo Novecento.

La prima e più importante conclusione riguarda il ruolo stesso dell'ospedale psichiatrico. Il tradizionale binomio cura/controllo deve necessariamente essere arricchito di un terzo e non meno importante compito assolto dal manicomio nella società del primo dopoguerra: l'assistenza sociale. Quindi, quanto meno, è più corretto parlare di assistenza/cura/controllo.

Inoltre, probabilmente proprio in virtù di questa funzione assistenziale, il manicomio si configura come un luogo molto meno distante e inaccessibile di quanto generalmente raccontato dalla storiografia. Fermo restando il carattere di luogo di afflizione e sofferenze, al termine di questa ricerca si rimanda l'immagine di un luogo almeno parzialmente aperto all'interscambio con la popolazione e assai permeabile alle influenze di quest'ultima. Proprio la possibilità di erogare servizi assistenziali e la permeabilità alle influenze della popolazione aveva fatto del manicomio d'epoca fascista un luogo fortemente radicato sul territorio in cui operava; un luogo che veniva cercato da persone che avevano bisogno di determinati servizi e che era al centro di meccanismi amministrativo-burocratici di largo utilizzo.

Infine, bisogna riconsiderare radicalmente il ruolo delle persone coinvolte in un internamento. Alla luce di quanto emerge dalle tracce documentarie, non è possibile considerarli come una massa sostanzialmente inerte che subisce l'iniziativa di un potere che impone e dispone; bisogna invece riconoscere loro un ruolo fortemente dinamico e una capacità operativa che ne faceva dei veri e propri protagonisti dell'internamento manicomiale.

PARTE I

**DALLA STORIA DELLA PSICHIATRIA
ALLA STORIA DELL'INTERNAMENTO MANICOMIALE**

*Per riportare il soggetto – il
soggetto umano che soffre, si
avvilisce, lotta – al centro del
quadro, dobbiamo approfondire la
storia di un caso fino a farne una
vera storia, un racconto: solo
allora avremo un «chi» oltre a un
«che cosa», avremo una persona
reale, un paziente, in relazione
alla malattia⁹.*

*lo studio della malattia non può
essere disgiunto da quello
dell'identità¹⁰.*

Il 26 novembre 1961 nella chiesa di S. Lorenzo fuori le mura, a Roma, un piccolo gruppo di persone assiste alla messa del mattino. Quella celebrata quel giorno è una messa funebre e tra i pochi presenti c'è Giuseppe Dosi, ex commissario di polizia ormai in congedo con un trascorso di 17 mesi in manicomio criminale fra il '39 e il '40. L'indomani "Paese Sera" condenserà in poche righe l'accaduto:

Nella basilica di San Lorenzo fuori le Mura si sono svolti ieri mattina i funerali di Gino Girolimoni, deceduto domenica scorsa all'età di 72 anni. Il Girolimoni fu accusato nel 1927 di aver seviziato sette bambine, ma alla fine venne riconosciuto innocente. Al termine delle esequie, la sua salma è stata trasportata al deposito del cimitero del Verano, in attesa che il comune provveda alla sua sistemazione¹¹.

Quella di Girolimoni fu forse una delle più celebri e tristi storie di cronaca nera del ventennio fascista; di sicuro lo fu nella capitale dove il nome di Girolimoni verrà usato nei decenni a seguire come sinonimo di pedofilo e di perverso.

⁹ Oliver Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano 1986, p. 12.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ "Paese Sera", 27 novembre 1961, cit. in Alessandro Riva e Lorenzo Viganò, *Un delitto al giorno*, Baldini & Castoldi Dalai, Milano 1994, p. 591.

All'epoca dei fatti il caso fece grande scalpore ed ebbe grande risalto tanto sui giornali che nell'opinione pubblica, provocando l'interessamento diretto dello stesso Mussolini e del capo della polizia Arturo Bocchini. Insieme alle autorità politiche e giudiziarie, con l'arresto di Girolimoni trovò il suo posto sulla ribalta anche la criminologia di scuola lombrosiana nella persona di Samuele Ottolenghi, che non mancò di ravvisare nel presunto 'mostro di Roma' i caratteri somatici del delinquente nato¹².

L'appello alla scienza nei casi di cronaca nera non era certo una novità, come non lo era d'altronde il suo coinvolgimento nella morbosa eccitazione mediatica che si verificava intorno ai fatti di sangue più efferati.

Il 26 marzo 1873 si apre il processo a Vincenzo Verzeni, 22 anni, contadino, residente a Bottanuco in provincia di Bergamo. L'accusa è tremenda: è imputato di tentato omicidio volontario ai danni della cugina Marianna Verzeni, dell'omicidio volontario di Giovanna Motta e dell'assassinio premeditato di Elisabetta Pagnoncelli. Il processo Verzeni non è però un semplice caso di omicidio, le vittime sono state martoriate e brutalizzate: *"Giovanna Motta, di anni 14 circa, [...] fu trovata cadavere, con il corpo nudo, scempiato, lacerato, mancante delle viscere [...] e priva degli organi sessuali"*; non miglior sorte toccò ad Elisabetta Pagnoncelli, 28 anni, che *"fu trovata cadavere, completamente nuda [...] con evidenti segni di strangolamento per mezzo di una corda [...] Il cadavere fu trovato scempiato forse per mezzo di un falchetto"*¹³.

L'inevitabile ricorso alla consulenza scientifica vide presenziare nel collegio peritale nominato dalla corte ben 9 medici alienisti, tra i quali Andrea Verga e Serafino Biffi, mentre in quello della difesa trovò posto Cesare Lombroso. Il caso Verzeni divenne quindi cassa di risonanza e punto d'incontro fra scienza psichiatrica ed opinione pubblica, trovando spazio tanto nelle pagine

¹² Per la vicenda di Gino Girolimoni si veda Giuseppe Dosi, *Il mostro e il detective*, Vallecchi, Firenze 1973.

¹³ Melania Tantieri ed Emanuele Triboli, *Il processo Verzeni*, p. 47, in, Lucia Condò, Marina Cotugno, Caterina Giardiello et al. (a cura di), *Modelli, giudizi e pregiudizi: materiali per una storia di fine secolo*, Dipartimento di Storia moderna e contemporanea – Facoltà di Lettere e Filosofia – Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma 2000.

dei quotidiani generalisti che nelle riviste scientifiche italiane ed infine valicando le Alpi per essere inserito nella *Psycopathia Sexualis* di Richard Von Krafft-Ebing¹⁴.

Altri e numerosissimi furono i casi di cronaca nera che, almeno a partire dal XIX secolo, videro il coinvolgimento della scienza in generale e di quella psichiatrica in particolare. Ma non erano solamente le vicende di cronaca nera a fare da punto di raccordo fra scienza psichiatrica e immaginario collettivo: anche il *feuilleton* eccitava l'opinione pubblica e attirava la stampa quotidiana.

*“Quando la mattina del 17 dicembre 1931 iniziò la discussione del ricorso, lo scenario era quello consueto: giornalisti, fotografi e una folla enorme attendevano davanti al palazzo di giustizia di Roma”*¹⁵. Quello che iniziava a Roma quel giorno era l'ultimo atto del caso Canella-Bruneri¹⁶, lo smemorato di Collegno, che da almeno cinque anni imperversava sui quotidiani nazionali e nell'immaginario collettivo degli italiani. Dopo cinque anni e tre gradi di giudizio lo “scenario consueto” prevedeva ancora “una folla enorme”, fotografi e giornalisti. A eccitare gli animi, tanto che si arrivò a parlare di canelliani e bruneriani, erano sicuramente i risvolti romanzeschi della vicenda e il fatto che questa colpisse il nervo scoperto dell'eredità bellica. Non va però sottovalutato l'aspetto relativo al coinvolgimento degli scienziati nella vicenda. Due erano principalmente gli aspetti sconcertanti dell'apporto scientifico nel caso Canella-Bruneri: il primo riguardava una perizia del professor Ugo Sorrentino che in sede di giudizio non aveva portato a un pronunciamento chiaro sull'identità dello

¹⁴ Carlo Lucarelli e Massimo Picozzi, *Serial Killer*, Mondadori, Milano 2003, p. 21.

¹⁵ Lisa Roscioni, *Lo smemorato di Collegno*, Einaudi, Torino 2007, p.241.

¹⁶ Ricoverato nel manicomio di Collegno il 10 marzo del 1926 per una grave forma di amnesia che gl'impediva di ricordare la propria identità, lo smemorato di Collegno venne dimesso l'anno successivo perché riconosciuto dalla signora Giulia Canella come il proprio marito disperso in guerra sul fronte macedone, il professor Giulio Canella. Il ricongiungimento familiare ebbe tuttavia breve durata; pochi giorni dopo lo smemorato venne nuovamente arrestato perché riconosciuto dalla signora Rosa Negro come il proprio marito Mario Bruneri, anarchico e piccolo truffatore noto alla questura. Dopo lunghi e aspri dibattiti la vicenda si concluse ufficialmente nel 1931 con il riconoscimento dello smemorato nella persona di Mario Bruneri da parte della corte di Cassazione.

smemorato, nonostante avesse trovato corrispondenza fra le impronte dattiloscopiche dello smemorato e quelle di Mario Bruneri; il secondo riguardava invece la presenza di diverse perizie psichiatriche contrastanti fra loro, in particolare quelle di Alfredo Coppola, bruneriano, e di Giuseppe Mingazzini, canelliano. Non solo Coppola e Mingazzini figurarono tra gli alienisti partecipi; mano a mano che la vicenda prendeva corpo e occupava spazi sulle pagine dei giornali comparvero sulla scena nomi del calibro di Lugaro, Tanzi, Morselli e Carrara.

Anche in questo caso, anzi, soprattutto in questo caso, risulta evidente un complesso gioco di contatti e influenze reciproche tra scienza e immaginario collettivo.

1. Tra psichiatria e manicomio: una storia di ordinaria follia

Luigi R., 25 anni, celibe, nato e residente a Roma al quartiere Garbatella, muratore disoccupato, viene ammesso al manicomio provinciale di Roma, Santa Maria della Pietà, il 27 aprile 1934. Proveniva dalla clinica neuropsichiatrica dell'Ospedale Policlinico di Roma perché ritenuto un deficiente mentale di medio grado in stato di eccitamento.

Solo 5 giorni prima Luigi era stato dimesso proprio dal Santa Maria come guarito dagli stessi disturbi, eccitamento e deficienza di medio grado. All'epoca del primo internamento, dal 16 agosto 1933 al 23 aprile 1934, *“ha narrato di essere stato strano e nervoso perché disoccupato e faceva questione con la famiglia”*¹⁷; dopo otto mesi in cui si era sempre mostrato tranquillo il personale medico lo aveva ritenuto guarito ed era giunto per lui il momento di provare a riprendere le fila della propria vita.

Cosa poteva essere successo in soli cinque giorni di tanto grave da determinare un nuovo internamento è lui stesso a riferirlo al personale infermieristico. Uscito dal manicomio aveva cercato invano lavoro poi, stanco e sfiduciato, *“non trovando un posto dove poter stare tranquillo venne alla porta di questo istituto con l'intenzione di farsi ricoverare di nuovo”*¹⁸ ma è respinto all'ingresso. Il manicomio non era una porta dove si poteva semplicemente bussare in caso di necessità: occorrevano degli accorgimenti particolari e a comunicarli a Luigi ci pensa la guardia addetta al portone dell'Istituto, che lo consiglia di recarsi alla clinica neuropsichiatrica. Luigi quindi torna da Monte Mario – il colle dove sorge il manicomio – verso il cuore della città, fino all'Ospedale Policlinico, alla clinica neuropsichiatrica, dove prova a farsi ricoverare. Anche al Policlinico però non vogliono saperne. Luigi insiste parecchio, *“minaccia di far*

¹⁷ Archivio storico dell'Ospedale Santa Maria della Pietà (d'ora in poi ASMP), *Cartelle Cliniche*, Luigi R., 1937.

¹⁸ Ivi.

cagnara” e infine riesce a farsi accogliere in clinica. Ma non basta, vuole essere inviato in manicomio. Decide quindi di passare alle maniere forti: *“per farsi ricoverare ha dovuto fingere di fare l’epilettico, che poco mancò all’ospedale del policlinico lo rimandassero a casa”*¹⁹.

Questo nuovo ricovero dura quasi sei mesi, fino al 20 ottobre del 1934, quando viene dichiarato guarito e riconsegnato, anche questa volta, alla madre. La vita fuori dal manicomio dura poco: dopo quasi un mese, il 19 novembre, viene nuovamente inviato al Santa Maria, direttamente dalla questura. Non ci sono tracce sugli eventi trascorsi tra il 20 ottobre e il 19 novembre ma, ancora una volta, Luigi confessa agli infermieri, con i quali si apre maggiormente che con i medici, come ha fatto a farsi internare. *“Racconta che si è presentato in quistura [sic] dicendo che lui era stato in manicomio e che sentiva ancora le voci”*²⁰: tanto è bastato alla questura per inviarlo al Santa Maria con una modula a carico di deficienza mentale ed epilettoidismo. La storia di Luigi al Santa Maria si conclude il 26 giugno del 1937, due anni e mezzo dopo, con il trasferimento al manicomio di Volterra. Quella di Luigi è una storia relativamente breve e priva di quegli elementi scabrosi o intricati che potevano interessare la cronaca nera o il *feuilleton*, tant’è che le sue tracce si limitano a un fascicolo conservato nell’archivio manicomiale senza interessamento da parte dei media. In realtà neanche nello stesso corpo medico del manicomio il caso deve aver suscitato grande interesse, almeno stando ai documenti contenuti nel fascicolo, alquanto scarni e per lo più opera del personale infermieristico.

Non così è per il ricercatore interessato all’internamento manicomiale. Se per il primo internamento è possibile tracciare un itinerario umano alquanto comune nella manicomialità otto-novecentesca, che a partire da un *default* produttivo, la disoccupazione, passa attraverso il conflitto familiare e si conclude in un’istituzione asilare, per i successivi internamenti questa linea interpretativa va quantomeno sottoposta a opportune specificazioni. Fermo

¹⁹ Ivi.

²⁰ Ivi.

restando il permanere della disoccupazione e, probabilmente, delle difficoltà familiari ad essa legate, nei successivi internamenti è evidente l'iniziativa personale nel cercare il ricovero in manicomio. Non si tratta più semplicemente di un caso di esclusione da parte di terzi di un elemento improduttivo, quanto piuttosto dell'individuazione da parte di un soggetto in difficoltà di un'istituzione cui far riferimento, un'estrema risorsa all'incapacità d'inserirsi nel circuito produttivo. Anche accettando un'interpretazione secondo cui Luigi abbia introiettato lo stigma sociale verso l'improduttivo e si sia appropriato del ruolo di segregante di se stesso, non si può non rilevare la mancanza di un intervento attivo degno di nota da parte di terzi. Le informazioni sulla famiglia sono troppo scarse per ricostruire un quadro dell'ambiente domestico, del grado di esclusione di cui possa essere stato eventualmente oggetto Luigi e dell'intensità degli scontri dovuti alla disoccupazione; è però possibile 'interrogare' il vuoto documentario.

Generalmente le iniziative dei familiari lasciavano tracce nelle cartelle cliniche, fossero essi atti ufficiali, come le testimonianze nell'atto di notorietà, o atti ufficiosi, sotto forma di comunicazioni e richieste alla direzione medica. Nel caso di Luigi resta solamente la firma della madre sul modulo di ritiro del paziente dimesso. Il vuoto, quindi, sembra dare una sola certezza: se, forse, non vi furono da parte della famiglia iniziative ufficiose per ottenere la dimissione, sicuramente non ci furono atti ufficiali che spingessero verso l'internamento. Di fatto la famiglia di Luigi, ammesso e non concesso che abbia spinto verso l'esclusione, di sicuro non ha messo in moto alcun meccanismo burocratico segregante perché il caso in questione si risolvesse in quella determinata maniera. Molto più dettagliate sono le informazioni riguardanti l'autorità pubblica e le istituzioni mediche: in questo caso non solamente si riscontra una quasi totale assenza d'iniziativa concrete che spingessero verso una soluzione manicomiale ma, anzi, si rintracciano atteggiamenti di rifiuto e di opposizione. Un rifiuto, quello del mondo ufficiale, che sembra aver ben poco di netto e circostanziato, di

derivato da una chiara e coerente valutazione del caso, quanto piuttosto un atteggiamento routinario dell'agire istituzionale. In mancanza di pubblico scandalo, di terze parti interessate e, forse, di segni di evidente follia nel soggetto in questione il comportamento delle istituzioni sembra volto a non sobbarcarsi un ennesimo provvedimento d'internamento. È proprio in questi frangenti che risulta con maggiore chiarezza l'iniziativa di Luigi nello spingere verso una determinata soluzione del proprio problema. Le istituzioni, di volta in volta, non imprimono su di lui lo stigma della follia in quanto ozioso o debole, ma intervengono solamente dopo che ha coscientemente prodotto elementi sui quali non potevano soprassedere. Ecco quindi la minaccia di "far cagnara", la simulazione di epilessia e l'uso accorto delle dichiarazioni sul pregresso internamento e sulle voci che tornava a sentire.

Questa consapevolezza e questa lucidità nel manovrare tra le maglie istituzionali è degna di nota. Non è un caso che Luigi, con già un'esperienza manicomiale alle spalle, decida di simulare un attacco epilettico come strategia per ottenere l'internamento in manicomio. Non solo l'epilessia era largamente conosciuta anche dagli strati popolari, ma era pratica comune e assai nota l'internamento degli epilettici in manicomio anche quando questa si manifestava in forme assai blande. Se non per gli altri sicuramente gli epilettici venivano considerati pericolosi per sé: accadeva assai spesso e lo sapevano in tanti.

Ancor più sofisticato era stato il comportamento in questura. Dapprima aveva rivendicato platealmente i propri precedenti manicomiali, dando subito un certo peso alle proprie richieste, poi aveva ribadito il proprio profilo di epilettico e infine, vero colpo di classe, aveva affermato di sentire nuovamente le voci, che della follia era forse una delle manifestazioni più note di quell'immaginario collettivo e non scientifico che condivideva con i questurini. "Nuovamente", dichiara, ma di voci non c'è traccia nei diari nosografici precedenti né in quello futuro, un avverbio che pesa e non sta lì per caso. Forse inconsapevolmente, ma non certo per caso.

Un altro elemento degno di nota è la capacità di Luigi di apprendere le dinamiche d'internamento e alcune rudimentali nozioni sulla follia. Come si è visto, mentre il primo ricovero aveva seguito un itinerario abbastanza comune, quelli successivi furono cercati: qualcosa, in quei primi otto mesi, deve essere successo. Cosa di preciso non si sa, è però possibile fare alcune congetture e costruire un quadro verosimile.

Prima di tutto è opportuno interrogare il diario nosografico e quello degli infermieri relativi al primo internamento. Generalmente questo tipo di documenti presenta un picco d'informazioni all'ingresso del paziente, quando ne viene indagata e registrata la storia personale, e un altro al momento della dimissione, quando viene fatto un quadro riassuntivo della degenza e si registrano i motivi della dimissione. Nel mezzo, il più delle volte, ci sono solo annotazioni routinarie sul contegno tenuto durante la degenza, spesso risolte in poche stringate parole, e i fatti più o meno notevoli occorsi durante il ricovero, per lo più malattie, comportamenti scorretti, litigi e lamentele. Ad essere registrato sui diari era anche lo scambio d'informazioni fra direzione e personale sottoposto, solitamente richieste di informazioni da parte del direttore e proposte per la dimissione o il trasferimento intra ed extra manicomiale da parte del primario di padiglione. Non è chiaro fino a che punto fosse un sistema di comunicazione interno messo in atto rimpallandosi il fascicolo e fino a che punto fosse invece un sistema di registrazione: probabilmente entrambe le cose, fatto sta che in genere lo scambio d'informazioni fra direzione e personale medico-infermieristico lasciava tracce nei diari.

Quelli relativi al primo internamento di Luigi sono composti quasi esclusivamente dalle annotazioni d'ingresso e di uscita: per gli altri otto mesi di permanenza non c'è molto più che le registrazioni di rito della temperatura corporea e riferimenti stringatissimi al comportamento pacifico e corretto tenuto dal paziente. Questi pochi dati lasciano intendere una degenza probabilmente assai tranquilla: non ci sono pressioni dall'esterno o

continue richieste d'informazioni, non lamentele da parte del ricoverato e nemmeno atteggiamenti ostili.

Sappiamo inoltre, grazie allo spoglio sistematico delle cartelle cliniche di quegli anni, che le reazioni dei degenti al trattamento manicomiale, al vitto e alle condizioni di reclusione soprattutto, suscitavano reazioni contrastanti. La maggior parte tendeva a lamentarsi ma non erano in pochi, generalmente i più poveri, a considerarle più che soddisfacenti.

Mettendo in fila questi dati e confrontandoli con l'accanimento col quale cercò in seguito di tornare in manicomio, è possibile supporre che per Luigi il Santa Maria fosse un luogo dove trovare condizioni di vita migliori di quelle esterne e un'oasi di tranquillità rispetto alle tribolazioni di un disoccupato in tempi di crisi. Di fatto, quindi, il primo internamento potrebbe aver insegnato, o confermato, a Luigi che il manicomio più che un dramma era una risorsa di cui usufruire e un luogo dal quale si poteva uscire.

Aver appreso che il manicomio poteva costituire una risorsa in tempi di crisi probabilmente non è stata l'unica cosa imparata in quegli otto mesi. È plausibile supporre sia iniziato allora un processo di acculturazione sull'universo manicomiale e sulla scienza psichiatrica. Non si tratta di pensare, ovviamente, che Luigi possa aver appreso anche solo i rudimenti della psichiatria, quanto piuttosto che abbia rozzamente imparato a riconoscere i modi con i quali gli alienisti ravvisavano un'identità folle in un individuo. Come un galeotto in carcere impara leggi e biografie criminali così Luigi, in un altro tipo d'istituzione totale, deve aver imparato qualcosa su come pensano gli alienisti e sulle biografie dei suoi 'colleghi'. Fatte queste supposizioni è possibile tornare a considerare i comportamenti tenuti da Luigi prima alla clinica neuropsichiatria e poi in questura. Non più solamente comportamenti strategici coscientemente posti in atto per un determinato fine, ma anche il frutto di un processo di acculturazione nei confronti dell'universo manicomiale.

Non si conclude certamente nei primi otto mesi di degenza il processo di acculturazione. Altre importanti informazioni Luigi le apprende con l'esperienza e attraverso il contatto con l'ambiente manicomiale.

All'epoca del secondo internamento, per ottenere il ricovero si era presentato ingenuamente all'ingresso del manicomio: era stato il guardiano al portone del manicomio a fornirgli l'informazione che gli mancava e ad indirizzarlo verso il Policlinico. Ancor più nel terzo internamento si vede chiaramente l'importanza dell'esperienza accumulata. Quella alla clinica neuropsichiatria del Policlinico non era stata un'esperienza facile, per poco non lo avevano rimandato a casa; non è un caso, probabilmente, che al terzo internamento scelga di presentarsi direttamente in questura e calcare subito la mano con i precedenti e le voci.

Il rapporto di Luigi con l'universo manicomiale non è granché diverso da quello di molti altri ricoverati dell'epoca e vi si riscontrano una serie di elementi piuttosto comuni nella manicomialità novecentesca. Il manicomio, più che un'imposizione del potere segregante, viene vissuto da Luigi come un risorsa assistenziale, un punto d'approdo nei momenti difficili dove trincerarsi al riparo del mondo esterno. Questo è possibile perché il manicomio è visto come un luogo almeno parzialmente aperto, da dove si entra e si esce anche più volte nel corso di una vita, in comunicazione col mondo esterno e inserito nella rete dei rapporti sociali e territoriali. In virtù di queste qualità il Santa Maria viene inserito da Luigi nelle proprie strategie di sopravvivenza, viene forzato attraverso comportamenti strategici e coscientemente utilizzato per fini propri. Per far ciò, Luigi ha assunto un ruolo fortemente attivo e dinamico, ha appreso informazioni e si è sapientemente destreggiato fra le maglie istituzionali, mentre le istituzioni si sono invece rivelate alquanto passive e in alcuni casi assai manipolabili.

Presentata singolarmente la storia di Luigi potrebbe sembrare costruita su una serie di supposizioni alle volte solo debolmente sostenute da riscontri documentari. Confrontandola però con lunghe serie d'informazioni ricavabili dallo spoglio delle cartelle cliniche coeve il quadro non solamente

acquista forza ma diventa verosimile. L'eventuale errore, quindi, può essere confinato alla corrispondenza fra conclusioni di massima e singola biografia preservando la validità della ricostruzione come esempio del funzionamento della manicomialità del primo dopoguerra.

È possibile tornare alle vicende di Girolimoni, Verzeni e dello smemorato di Collegno e chiedersi quale sia il loro rapporto con quella di Luigi. Indubbiamente le differenze i punti di contatto sono molteplici e di sicuro appartengono tutti a pieno titolo alla storia della scienza, della medicina e della psichiatria.

Ma qualcosa distingue il caso di Luigi dagli altri e non è semplicemente l'essere stato un caso 'privato' mai venuto alla ribalta. Quello che preme in questa sede è specificare una differenza sostanziale e fondamentale: quello di Luigi è un caso che riguarda principalmente la storia dell'internamento manicomiale, gli altri – chi più chi meno – riguardano principalmente la storia della psichiatria. C'è differenza? Sì, e molta. A distinguere l'ordinaria follia non è solamente la portata dei casi in questione ma l'approccio con cui gli attori coinvolti all'epoca trattavano tali eventi. Basti pensare al disinteresse quasi totale del corpo medico nei confronti di Luigi e confrontarlo con quello suscitato dagli altri casi. Se nel primo caso la scienza psichiatrica sembra lo sfondo di una vicenda "amministrativa", negli altri l'intervento della scienza medica è sempre accompagnato da chiare analisi e dettagliate elaborazioni teoriche: sembra quasi che la storia di Luigi non interessi la psichiatria ma solamente il manicomio, che alla psichiatria è ovviamente legato ma con cui non coincide.

Proprio su tale non coincidenza si fonda gran parte di questa ricerca. Al di là dell'ovvia differenza tra la presentazione teorica di una disciplina e la sua attuazione pratica, era proprio la natura stessa dei due soggetti in questione, la psichiatria e il manicomio, a rendere difficoltosa la loro unità in un quadro coerente.

Ancora nel Novecento la scienza degli alienisti era molto lontana dall'aver solide basi scientifiche: imbrigliata com'era in uno sterile organicismo che

non aveva i mezzi tecnici per sostenere, la sua pretesa scientificità finiva per somigliare più a un'autocelebrazione che non a una reale conquista.

Dal canto suo l'istituto manicomiale non era certo il luogo sognato dagli psichiatri per l'attuazione delle pratiche terapeutiche che avevano elaborato. Da un lato l'endemico affollamento rendeva impossibile al personale medico seguire convenientemente ogni paziente; dall'altro non si era mai completamente scrollato di dosso l'immagine e il ruolo di ricovero per miserabili ereditato dagli ospedali settecenteschi.

In queste condizioni, stretta com'era fra teorie pseudo-scientifiche del tutto inapplicabili e un tipo d'istituzionalizzazione fortemente contaminato da istanze non mediche, una sintesi coerente tra teoria e pratica non si realizzò mai. Per questo, e per l'abbondanza di lavori storiografici sulla scienza psichiatrica, ho deciso di occuparmi dell'aspetto più eminentemente pratico della follia: l'internamento manicomiale.

2. L'Ottocento: il secolo degli alienisti

È il 25 agosto del 1793, per i cittadini francesi sarà l'ultimo fino al 1806, poi lo chiameranno 8 fruttidoro come impone il calendario repubblicano. Nei sobborghi meridionali di Parigi il vecchio castello di Bicêtre è ormai da tempo adibito a ospedale e luogo di ricovero: è un edificio antico con una sinistra fama e tanta storia.

Nel 1634 Luigi XIII volle far ricostruire il vecchio castello di Bicêtre, caduto in rovina, trasformandolo in ospedale per i soldati mutilati o invalidi, ma la costruzione fu ben presto interrotta e gli edifici già eretti non servirono che a raccogliere e riparare gente senza confessione, vagabondi, poltronieri; talché nessuno osava avvicinarsi a quelle catapecchie, che si credeva fossero abitate da fantasmi e frequentemente dal diavolo²¹.

È qui che quel giorno il medico Philippe Pinel libera dalle catene i folli dell'ospedale di Bicêtre dando vita a una nuova leggenda: nasce la psichiatria moderna.

Quasi un secolo dopo, il 10 maggio 1890, il deputato Imbriani ottiene la parola dal presidente della Camera Biancheri e si rivolge direttamente al presidente del consiglio Crispi. Quella che il deputato intende porre all'attenzione del capo del governo è l'assoluta necessità di una legge sugli alienati, una legge di cui si parla da lungo tempo ma che ancora non ha visto la luce.

Riguardo ai poveri reclusi nei manicomi noi abbiamo bisogno assolutamente di una legge organica, poiché ci troviamo in condizioni che rammentano tempi semi-barbarici [...] nessuna norma, nessuna garanzia legale che regoli questa materia. Basta che un medico così detto alienista dichiari matto un individuo perché sia rinchiuso in un manicomio. Io in verità credo poco alla scienza degli alienisti (si ride), credo che come un procuratore generale a cui si presenti un prigioniero vede già in lui un reo, così quando si presenta ad un alienista un individuo presunto ammalato, l'alienista lo qualifica subito per matto. Se tale non è lo diventerà (si ride), perché lo consegna a due manigoldi che per prima cosa gli dicono che è pazzo;

²¹ Cyrano de Bergerac, *Il pedante gabbato*, Rizzoli, Milano 2003.

quello risponde di no, i manigoldi gli saltano addosso, gli mettono la camicia di forza e lo prendono a pugni e calci²².

Non è la prima interrogazione parlamentare incentrata sull'esigenza di regolamentare l'internamento manicomiale e non sarà neanche l'ultima; neppure si può dire che sia stato un intervento risolutore nella lunga gestazione della legge²³. In realtà l'intervento interessa principalmente per i modi franchi e alquanto bruschi con i quali Imbriani si esprime nei confronti della scienza psichiatrica e dei "così detti alienisti". Ma non solo. Le frasi riportate non vengono pronunciate in un'occasione informale bensì nell'aula di Montecitorio durante una tornata parlamentare, e si ride: di fronte a esternazioni di totale sfiducia nei manicomi e negli alienisti alcuni parlamentari ridono e sono abbastanza da meritare di essere messi agli atti. Circa cento anni dopo la liberazione dei folli di Bicêtre gli alienisti italiani erano ancora in trincea per ottenere il riconoscimento di se stessi, della propria disciplina e del proprio ruolo nella società. Se al giro di boa del nuovo secolo l'alienismo italiano era riuscito grosso modo a tenere il ritmo delle innovazioni pineliane, sebbene più nella teoria che nella pratica, quello che ancora nel 1890 caratterizzava problematicamente la psichiatria italiana era la lentezza con la quale stava entrando nella fase matura della disciplina. Ma quali erano queste fasi d'infanzia e maturità della psichiatria ottocentesca? Per rispondere a una domanda del genere è opportuno tornare alla liberazione dei folli di Bicêtre e al suo significato epistemologico. Quella che era accaduta nei sobborghi parigini e che si andava allargando a macchia d'olio in tutta Europa era una vera e propria rivoluzione concettuale: l'infelice lunatico e il miserabile mentecatto venivano trasformati in anormali da custodire, sottraendoli al corpo sociale per ridefinirli come una figura a sé: il malato. A questo mutamento di

²² In "Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali", 1890, p. 257, cit. in, Romano Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 105.

²³ Approvata infine il 14 febbraio 1904. Legge n. 36, 14 febbraio 1904, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 1904, n. 43.

prospettiva corrispondeva un rafforzamento della soluzione asilare per la follia: così facendo il folle veniva definitivamente sottratto all'ambiente d'origine per essere inserito come marginale in uno spazio costruito *ad hoc* per la sua figura, uno spazio che era fisico oltre che concettuale²⁴.

La scoperta degli anormali non era certamente un tratto distintivo e originale della psichiatria: già nel 1760 il medico Samuel Auguste Tissot aveva pubblicato un volume monografico sull'onanismo²⁵ che scardinava l'egemonia della condanna morale affiancandole l'interpretazione medica e la condanna dell'onanista come personaggio autonomo e patologico. È proprio qui, in piena età dei lumi, che è possibile trovare le origini di quel processo mediante il quale un nuovo sapere, quello medico-scientifico, veniva a contendere l'egemonia culturale della Chiesa mediante la creazione di un nuovo universo di personaggi inquietanti che sostituisse quello tradizionale²⁶. Quando anche il folle fu trasformato dalla scienza medica in un malato e in un anormale nacque la psichiatria moderna. Chiusa la fase pionieristica, emancipatrice e illuminista la nuova sfida che la psichiatria era chiamata a raccogliere era quella di costituirsi come scienza matura e autonoma e di trovare il proprio posto nella società. Questa sfida occuperà in Italia tutto l'Ottocento e si protrarrà fino alla Prima guerra mondiale²⁷: sarà una partita giocata su due tavoli, quello scientifico e quello politico, e terrà a lungo in scacco gli ideali emancipatori ereditati dalla tradizione illuminista fino a dissolverli in una pratica repressiva che connoterà l'Ottocento positivista.

²⁴ Cfr V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere*, Il Mulino, Bologna 1982, e F. Giacanelli Campoli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Dorner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari 1975.

²⁵ Samuel Auguste Tissot, *L'onanisme ou dissertation physique sur les maladies par la masturbation traduit du latin de Mr Tissot*, Lausanne 1760.

²⁶ Cfr. Michel Foucault, *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 1999, e Margherita Pelaja, Lucetta Scaraffia, *Due in una carne*, Laterza, Roma-Bari 2008.

²⁷ Il lungo Ottocento della psichiatria italiana può essere considerato chiuso con l'approvazione del regolamento della legge sui manicomi e sugli alienati avvenuta nel 1909.

Viste le premesse, l'Ottocento non poteva che rivelarsi un secolo intensissimo e pieno di difficoltà per la psichiatria italiana. Dal punto di vista scientifico la psichiatria italiana era chiamata prima di tutto a smarcarsi da qualsiasi adiacenza con il senso comune e a darsi un profilo scientifico, che si tradurrà in ortodossia organicista e in una marcata dipendenza dalle teorie neurologiche; poi a creare un ordine professionale e infine a unificare le varie scuole ereditate dagli Stati preunitari. Non da meno erano le sfide politiche: bisognava ottenere il riconoscimento pubblico, una legge sui manicomi e sugli alienati e partecipare al progetto di reclutamento dei professionisti nella costituzione dello Stato unitario. Tutto ciò ebbe profonde ripercussioni sulla formazione della scienza psichiatrica che finirà per aderire alle politiche di controllo sociale.

3. La storiografia dell'alienismo

Ma non fu solo la scienza psichiatrica coeva a subire la grandiosità degli accadimenti dell'“epoca d'oro dell'alienismo”²⁸: la subì anche la storiografia degli anni '70 e '80 del Novecento che proprio sul XIX concentrerà la propria analisi. Erano anni in cui la psichiatria e i manicomi erano guardati con crescente attenzione e sottoposti a forti critiche. Nel 1968 Franco Basaglia aveva suscitato grande clamore con la pubblicazione della sua esperienza all'ospedale psichiatrico di Gorizia²⁹ e pochi anni dopo, nel 1973, aveva fondato il movimento “Psichiatria democratica” introducendo anche in Italia i fermenti dell'antipsichiatria e dell'ostilità alla biopsichiatria. Il crescente interesse verso il mondo della follia non si limitava ai soli psichiatri: fin dai primi anni '60 aveva interessato altre discipline ed erano state pubblicate opere di denuncia non scientifiche. Tra il 1961 e il 1962 uscirono prima *Asylums* del sociologo Erving Goffman³⁰, che criticava l'istituto manicomiale, poi il romanzo di Ken Kesey *Qualcuno volò sul nido del cuculo*³¹, che invece denunciava le cure inumane cui venivano sottoposti i malati di mente. Nel 1972 fu la volta del *maître à penser* francese Michel Foucault di occuparsi della follia³², mentre nel 1975 si videro l'uscita di un film di Milos Forman³³ basato sul libro di Kesey, vincitore di cinque premi Oscar, e la traduzione in italiano de *Il borghese e il folle* di Klaus Dörner³⁴. Infine la Legge 180 del maggio '78 e la nascita

²⁸ Robert Castel, *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980.

²⁹ Franco Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.

³⁰ Erving Goffman, *Asylums*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York 1961, trad. it. *Asylums*, Einaudi, Torino 1968.

³¹ Ken Kesey, *One flew over the cuckoo's nest*, Viking, New York 1962, trad. it. *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Rizzoli, Milano 1976.

³² Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1973.

³³ Milos Forman (regia di), *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Artwork, Usa 1975.

³⁴ Klaus Dörner, *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari 1975.

del “Centro Studi e Ricerche sulla Devianza e l’Emarginazione” a Milano nel 1980. Lo *zeitgeist* antipsichiatrico degli anni ’60 e ’70 si trasferì nella storiografia psichiatrica italiana del decennio successivo imprimendole un’impostazione critica e un apparato interpretativo molto solidi e difficilmente criticabili. Alla base dell’elaborazione degli studi italiani del settore vennero posti i lavori di Dörner e Foucault, prendendo dal primo l’ancoraggio della psichiatria alla nascita del mondo borghese e dal secondo l’impostazione disciplinare e di controllo sociale della scienza psichiatrica; modelli che, riferiti ad altri contesti nazionali, pur se non potevano essere meccanicamente applicati al caso italiano, “rimasero a lungo come sfondo interpretativo”³⁵. A questi assunti di base venne ad aggiungersi l’accettazione del modello interpretativo funzionalista che faceva del manicomio un’istituzione segregante nata come risposta al bisogno di controllo sociale. Ma non solamente lo spirito del tempo contribuì a indirizzare gli studi storici sulla psichiatria. Quando nel 1975 lo psichiatra Ferruccio Giacanelli curò l’introduzione della traduzione italiana del lavoro di Dörner denunciò l’assenza di studi italiani sulla storia della psichiatria, fino ad allora materia trattata per lo più da neurologi e psichiatri sulla base delle proprie esperienze, o al massimo da medici docenti di storia della medicina: tutti professionisti che, con le dovute e valide eccezioni³⁶, spesso “confondono l’oggetto di un sapere scientifico (della specialità psichiatrica, per es.) con l’oggetto della sua storia (della storia della psichiatria) la quale, fra l’altro, non si limita affatto a considerare solo le teorie scientifiche”³⁷. Ne consegue che la stagione di studi apertasi alla metà degli anni ’70 possa essere considerata l’inizio di un interesse sistematico da parte degli storici non medici per questo settore. Come primi storici ad occuparsi intensivamente di psichiatria era inevitabile concentrarsi sugli aspetti

³⁵ Patrizia Guarnieri, *La storia della psichiatria in Italia*, Olshcki, Firenze 1990, p. 35.

³⁶ Tra cui Giorgio Cosmacini, medico, laureato in filosofia, ex primario dell’Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, docente di Storia del pensiero medico nella Facoltà di Filosofia dell’Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e Filosofia della scienza e Storia della medicina nella Facoltà di Medicina e chirurgia della stessa Università.

³⁷ Patrizia Guarnieri, *op. cit.*, pp. 10-11.

macroscopici che accompagnarono la nascita e l'affermazione del sistema psichiatrico-manicomiale, quindi, come già detto, ad occuparsi del XIX secolo. Da questa unione tra spinte critiche e necessità di rifondare praticamente da zero la storia della psichiatria nacque una completa rivisitazione del lungo Ottocento psichiatrico. Il primo e più evidente dato registrato dagli storici fu la presenza di un numero sempre crescente di internamenti manicomiali lungo tutto il corso del secolo; in più ci si accorse anche che il “grande internamento manicomiale”³⁸ riguardava principalmente gli strati più poveri della popolazione. Se ne dedusse, giustamente, che questa ‘epidemia’ di follia non fosse tanto una questione medica quanto piuttosto la risultante delle già citate strategie di controllo sociale collegate all’endemica questione sociale dell’Italia postunitaria. Tali conclusioni vennero suffragate da una serie di studi su fenomeni quali la pellagra e il dissenso politico, che evidenziavano il nesso diretto fra costruzione dell’identità folle e repressione di comportamenti sociali devianti. Casi come quelli di Davide Lazzaretti³⁹, di Giovanni Passannante⁴⁰ o dei moti in Lunigiana del 1894⁴¹ confermavano una contiguità fra repressione e psichiatria e una chiara consequenzialità tra la prima e la seconda. Gli autori impegnati nella ridefinizione della storia della psichiatria, o forse della sua definizione, misero in luce un legame tra questa

³⁸ Fra il 1875 e il 1914 la popolazione manicomiale aumentò di quattro volte in cifre assolute, passando da 12.913 a 54.311, e di tre volte in cifre percentuali sulla popolazione, passando dallo 0,47% all’ 1,5%.

³⁹ Nato ad Arcidosso (Gr) il 6 novembre 1834, fu padre fondatore della comunità giurisdavidica del monte Labbro avversata sia dalla Chiesa, perché eretica, che dallo Stato italiano, perché in odore di socialismo. Morì il 18 agosto del 1878, quando i carabinieri spararono sulla processione di Giurisdavidici che stava guidando dal monte Labbro ad Arcidosso. Il suo cadavere venne dapprima seppellito in terra sconsecrata e poi riesumato per essere consegnato a Cesare Lombroso a scopo di studio.

⁴⁰ Anarchico, nato a Savia di Lucania (Pz) il 19 febbraio 1849 attentò alla vita di Umberto I di Savoia durante la visita a Napoli del 17 novembre 1878. Condannato a morte, pena poi commutata in ergastolo per Regio Decreto, venne prima imprigionato in condizioni disumane nel carcere di Portoferraio poi internato nel manicomio di Montelupo Fiorentino, dove morì il 14 febbraio del 1910. La famiglia di Passannante, la madre e cinque tra fratelli e sorelle, venne arrestata ed internata nel manicomio criminale di Aversa da dove uscì vivo solamente uno dei fratelli. Il cadavere di Passannante venne decapitato e il cranio consegnato all’Istituto Superiore di Polizia per studi eugenetici.

⁴¹ Poco tempo i famosi moti del 1894 in Lunigiana, zona tradizionalmente anarchica e socialista, venne istituito il primo manicomio locale.

e le politiche di controllo sociale ancora più profondo del semplice avallo medico-scientifico ai provvedimenti di pubblica sicurezza. Uno dei grandi meriti di quella stagione di studi è di aver bene evidenziato come la costruzione teorica che venne a darsi la disciplina psichiatrica fosse non solamente frutto di esigenze interne e del credo scientifico, ma anche la risultante di una più o meno tacita intesa con il potere politico. Secondo molti di questi storici⁴² la scelta organicistica della psichiatria italiana e la biologizzazione della devianza rispondevano tanto all'esigenza degli alienisti di darsi una solida base scientifica, quanto alla necessità del potere politico di spostare il più possibile la chiave di lettura della questione sociale dagli aspetti pubblici ed economici a quelli privati e biologici. È stato detto che la storia della psichiatria italiana in età liberale sia stata una commistione fra acquisizioni esogene di teorie scientifiche, principalmente tedesche, a cui *“s'intreccia un processo endogeno di trasformazione/deformazione interna dei fondamenti teorici di quelle scienze per gli stimoli e i condizionamenti ideologici da parte di una peculiare congiuntura politico sociale e culturale del paese”*⁴³; il caso della diffusione della pellagra sembra dimostrarne la veridicità e confermare le conclusioni più generali sopra enunciate. A fronte di un'avvenuta presa di coscienza del collegamento fra monofagismo maidico e pellagra⁴⁴ la scienza psichiatrica, chiamata in causa a spiegarne l'eziologia, si produsse infatti in un'interpretazione tossicologica dovuta alla presenza di un fungo tossico, lo *sponsoryum maidis*, a sua volta dovuto alla cattiva conservazione del mais. In questa controversia Cesare Lombroso affermò risolutamente che *“la*

⁴² Cfr. Alberto De Bernardi et al., *Tempo e catene*, Franco Angeli, Milano 1980; Romano Canosa, *op. cit.*, Feltrinelli, Milano 1979, Franco De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984.

⁴³ Giorgio Cosmacini, *Medicina, ideologie, filosofie nel pensiero dei clinici*, in *Storia d'Italia*, Annali 4, Einaudi, Torino 1981, p. 1171.

⁴⁴ Cfr. Ludovico Baraldini, *Della pellagra, del grano turco quale causa precipua di quella malattia e dei mezzi per arrestarla*, in *“Annali Universali di Medicina”*, 1845.

*pellagra non è prodotta dalla miseria bensì da un virus*⁴⁵: circa un secolo dopo Romano Canosa chiariva non solo come *“l’ipotesi organicista offriva che se la follia è da attribuirsi a difetti organici, diventa assai difficile vederne la fonte sociale”*, ma in più aggiungeva che questa resa della propria coscienza sociale *“era il prezzo da pagare [per gli alienisti] per ottenere l’esclusività di questo determinato settore della devianza”*⁴⁶. Sull’alleanza tra Stato ed alienisti ancor più dura era la presa di posizione di altri autori secondo cui *“il potere esecutivo aveva indicato le sue mete e gli alienisti avevano capito ed accettato, fornendo un avallo «tecnico» ancor più autoritario e repressivo. Fu l’inizio della ricomposizione tra esecutivo e psichiatri: la battaglia per la definizione del ruolo dell’alienista poteva ora svolgersi su un piano più strettamente giuridico e formale e non più come una contrapposizione dei principi primi, controllo e cura dell’alienato”*⁴⁷, mentre ancora per Canosa il rapporto fra Stato e psichiatria faceva del manicomio una risposta più moderna della soluzione carceraria per alcune forme di devianza⁴⁸.

La conclusione cui giunsero questi primi storici della psichiatria fu quindi quella di denunciare l’alleanza repressiva fra Stato liberale e alienisti, compiuta in nome dell’ordine pubblico e sotto il vessillo del sapere scientifico. In questo quadro il complesso psichiatrico-manicomiale veniva visto come un blocco emergente di potere e di sapere con la doppia finalità della terapia e del controllo, dove la prima era spesso sacrificata alle esigenze del secondo. Questa interpretazione, sostanzialmente corretta – occorre ricordarlo – tendeva però ad incanalarsi eccessivamente verso un’analisi del modello disciplinare che non sempre risultava esaustivo per spiegare le dinamiche dell’internamento manicomiale. In risposta ai limiti

⁴⁵ Cesare Lombroso, *Studi clinici ed esperimenti sulla natura, causa, terapia della pellagra*, Bologna 1871, cit. in. Alberto De Bernardi, *op. cit.*, p. 254.

⁴⁶ Romano Canosa, *op. cit.*, pp. 85-86.

⁴⁷ Maurizia Cotti, *L’istituzione manicomiale nel nuovo stato unitario*, in, Valeria Paola Babini *et al.*, *op. cit.*, p. 220.

⁴⁸ Cfr. Romano Canosa, *op. cit.*, 1979.

mostrati dal modello disciplinare di fronte alla realtà delle fonti documentarie vennero avanzate alcune interpretazioni di raccordo.

Negli studi sulla punibilità e, ancor più, su quelli relativi all'evoluzione del concetto di pericolosità del folle, altri grandi temi ottocenteschi, vennero avanzate alcune ipotesi che allargavano il campo d'azione della teoria disciplinare sul terreno dei rapporti sociali ed economici dei ricoverati. Ad essere maggiormente restio ad incastrarsi nel modello segregante era il continuo movimento di entrata e uscita dal manicomio di parecchi internati poveri, per i quali non si trovavano sufficienti motivazioni che ne giustificassero pienamente l'internamento o la dimissione, né di ordine pubblico né, tanto meno, di tipo medico. Venne allora ipotizzato che a determinare la pericolosità del folle contribuissero anche motivazioni relative alla situazione ambientale di riferimento del ricoverato: il pubblico scandalo e la conseguente difesa della reputazione familiare per le famiglie borghesi da un lato, dall'altro la capacità di lavorare e accudire se stessi per quelle povere. Ancor più evidenti erano le conseguenze non disciplinari e non mediche nelle dimissioni dei ricoverati poveri. A sancire la guarigione di questi soggetti, spesso e volentieri, era non tanto la scomparsa di fenomeni morbosi nell'organismo, di cui è a volte lecito dubitare l'esistenza, bensì *“la sparizione di forme di aggressività o di totale passività nel degente e l'adeguamento alla vita del manicomio”* per cui *“la cura e la guarigione sembrano riferirsi [...] all'ambito delle relazioni sociali e dei comportamenti individuali”*⁴⁹. Questo ancoraggio alle condizioni sociali, economiche e comportamentali dei pazienti poteva scoperciare il vaso di Pandora dell'interpretazione disciplinare denunciandone la non totale applicabilità, ma venne invece ricondotto a un'interpretazione normativo-disciplinare che ne faceva una questione di adeguamento alle norme del pudore e dell'autosufficienza, rendendo evanescenti le possibilità di allargare il campo delle ricerche al di fuori del

⁴⁹ Fernanda Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1860-1875)*, in Valeria Paola Babini *et al.*, *op. cit.*, pp. 61-62.

contesto delle influenze della società borghese sui destini individuali dei pazienti. Proprio nel mancato sviluppo di queste possibilità si riscontrano i limiti di una stagione di studi che ha il grande merito di aver pienamente dispiegato le forze sistemiche legate alla nascita del dispositivo psichiatrico-manicomiale e il limite di aver pressoché ignorato le forze situazionali e individuali che vi parteciparono.

4. Il Novecento: psichiatri e manicomi negli anni del fascismo

È la primavera del 2003, siamo a Roma e un piccolo gruppo di visitatori si aggira per le stanze del Museo della Mente⁵⁰. Sono nell'ex Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà, nel VI padiglione, come in un racconto di Čecov⁵¹, e guardano le sale di esposizione dove vengono conservati gli strumenti di contenzione; di fronte alle macchine per l'elettroshock e alle camicie di forza cominciano a pensare all'assurdità, all'inutilità e all'inganno, come Andrej Efimyč Ragin, e si chiedono dove sia la ragione e dove la follia. Ad accompagnarli è la guida del museo, Adriano Pallotta⁵², che ha una lunga storia nel manicomio di Roma: entrato come infermiere nel 1959 è rimasto nel Santa Maria fino al 1997, poi non è riuscito a staccarsi dall'istituzione ed è restato nell'orbita del manicomio offrendo la sua esperienza e la sua umanità. Usciti dal padiglione li accoglie come una liberazione un tiepido sole primaverile, che spazza via il senso di oppressione e il disagio. Mentre attraversano il parco Pallotta indica un padiglione lontano, il XVI, la voce si fa seria e inizia il racconto di quando lui e altri infermieri, quasi venti anni prima, abbattono le recinzioni di quel padiglione dando il via al processo di deistituzionalizzazione dei pazienti di Monte Mario⁵³.

Sembra di essere tornati a Bicêtre, nei sobborghi di Parigi, come se da Pinel a Basaglia non fosse cambiato niente, ma non è così. Sebbene l'istituzionalizzazione della follia renda possibile tracciare una linea di

⁵⁰ Ricordi personali dell'autore.

⁵¹ Anton Čecov, *Reparto n. 6*, L'Unità-Einaudi, 1992.

⁵² Ex infermiere poi impiegato del Santa Maria dal 1959 al 1997 collabora con l'ASL-RM/E e il Museo della Mente ed è ancora oggi impegnato in attività culturali e iniziative di sostegno alla deistituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici. Con Bruno Tagliacozzi è autore del libro di memorie sul Santa Maria della Pietà *Scene da un manicomio*, edito per i tipi di Magi nel 2004.

⁵³ Dell'evento resta un filmato in superotto girato dallo stesso Pallotta oggi disponibile in una versione di 15' con il titolo *Liberi!* e prodotto da Big Sur – Cinema del reale nel 2007 (www.bigsur.it) su idea di Paolo Pisanelli.

continuità dall'inizio dell'Ottocento alla Legge n. 180, intendere questo lungo periodo come un *corpus* unico e omogeneo non è corretto e non giova alla ricostruzione storica. Fra l'inizio del "secolo breve" e la rivoluzione farmacologica degli anni '50 del Novecento accade qualcosa nel sistema psichiatrico-manicomiale, o meglio non accade 'nulla', e proprio in questa assenza è da ricercarsi l'originalità del primo dopoguerra.

Secondo Eric J. Hobsbawm⁵⁴ l'inizio del XX secolo va postdatato al 1914, quando, con lo scoppio della Prima guerra mondiale, va in frantumi la società occidentale ottocentesca e inizia un'accelerazione degli eventi della storia e nel cambiamento degli individui. È anche comunemente accettata l'idea che il lungo Ottocento arrivò alla svolta del secolo col fiato grosso⁵⁵ e che la crisi del primo conflitto generò un mutamento radicale nel modo stesso di vedere il mondo⁵⁶. Analogamente, anche per la psichiatria italiana l'inizio del Novecento va spostato in avanti fino a fare della Prima guerra mondiale lo spartiacque tra vecchio e nuovo secolo, ma non per aprire un periodo di mutamenti, bensì per una stasi profonda e l'inizio di una fase gestionale alquanto ordinaria. All'inizio del XX secolo era ormai terminato il periodo delle grandi battaglie ottocentesche e la psichiatria italiana stava chiudendo tutte le partite aperte nel secolo precedente⁵⁷. Il lungo confronto con lo Stato liberale si era ormai concluso con un'alleanza tra potere medico e ordinamenti statali, non c'erano più margini per un conflitto ormai diventato anacronistico.

Al Santa Maria della Pietà questi nuovi rapporti fra medici e amministratori trovarono fedele riscontro con il progressivo passaggio dall'ultima direzione

⁵⁴ Cfr. Eric J. Hobsbawm, *Il secolo breve*, Rizzoli, Milano 1995.

⁵⁵ Cfr. Francesca Socrate, *Autoritratto dell'Ottocento*, Bibrink, Roma 2003.

⁵⁶ Cfr. Eric J. Leed, *Terra di nessuno*, il Mulino, Bologna 2001; Paul Fussler, *La grande guerra e la memoria moderna*, il Mulino, Bologna 2000.

⁵⁷ Nel 1904 era stata finalmente promulgata la Legge n. 36 sui manicomi e sugli alienati, cinque anni dopo era stato promulgato il regolamento per l'attuazione della legge.

ottocentesca, quella di Giuseppe Mingazzini, all'avvento di Augusto Giannelli⁵⁸, primo direttore del nuovo secolo.

Nel 1908 Mingazzini scriveva al prefetto di Roma lamentandosi “*che il procuratore del Re da mesi a questa parte, non si degna di rispondere alle proposte di licenziamento di alcuni ricoverati, ritenuti da me guariti; ad esempio il delinquente C. sulla cui proposta di dimissione inviata 40 giorni fa aspetto ancora un rigo di risposta*”, e aggiungeva “*che non posso assumere alcuna responsabilità per i delinquenti i quali dichiarati alienati, l'eccellentissima procura del re mi obbliga a tenerli rinchiusi in manicomio*”⁵⁹. Iniziava allora un contrasto fra Mingazzini e le autorità civili e penali che si sarebbe protratto almeno per tre anni. Al centro della questione c'erano le reiterate opposizioni di procura e tribunale di fronte alle dimissioni di criminali folli proposte dalla direzione, opposizione inattaccabile in virtù delle nuove disposizioni contenute nella legge e nel regolamento, che avevano definitivamente assegnato al tribunale l'ultima parola in tale ambito. Quello del direttore romano era l'ultimo scampolo del lungo confronto fra psichiatri e giuristi sul controllo del movimento manicomiale, una *querelle* tipicamente ottocentesca che già nel primo dopoguerra non trovava più ragione di esistere, sgretolata dalla spinta congiunta della realtà pratica e dell'avvento dell'autoritarismo gerarchico fascista. Persa la battaglia parlamentare per il controllo del movimento manicomiale, anche loro soggiogati dall'imperativo all'obbedienza fascista, gli alienisti italiani ben compresero come il primato del tribunale fosse ridotto dalla pratica a una semplice opzione da sfruttarsi in casi di particolare interesse o dove particolarmente efficaci si fossero rivelate pressioni e raccomandazioni di segno opposto al volere medico. Di fatto, il gran numero delle ammissioni e delle dimissioni, che continuò a crescere per tutto il dopoguerra, rendeva impossibile al tribunale il controllo capillare

⁵⁸ Rispettivamente direttori del Santa Maria della Pietà di via della Lungara dal 1905 al 1923 il primo e del nuovo manicomio provinciale di S. Onofrio in campagna Santa Maria della Pietà dal 1913 al 1938 il secondo.

⁵⁹ ASMP, Archivio della Direzione Sanitaria (d'ora in poi ADS), E, IX, 108.

di ogni provvedimento deciso dalla direzione, riducendolo, il più delle volte, a un puro atto formale. Era ormai chiaro che una volta passato il primo conflitto mondiale, che aveva momentaneamente riportato alla ribalta gli psichiatri italiani, la grande stagione delle battaglie politiche era ormai conclusa e non restava che rivolgersi alla pratica manicomiale, tant'è che Giannelli ben si guarderà dal portare avanti simili scontri.

Non al solo aspetto politico si può ridurre il ripiegamento tra le mura degli istituti manicomiali dell'alienismo italiano; anche dal punto di vista teorico il primo dopoguerra fu un periodo scarsamente produttivo. Quando nel 1907, dopo circa un decennio di convivenza, venne definitivamente realizzata la separazione fra scienze neurologiche e scienze psichiatriche, le conseguenze per la psichiatria italiana furono devastanti. Incapace di discostarsi dall'impostazione organicista del secondo cinquantennio dell'Ottocento e solo minimamente coinvolta nelle evoluzioni postbelliche dell'indirizzo psicologista, la psichiatria italiana si trovò al tempo stesso privata delle ricerche neurologiche e incapace di salire sul treno delle innovazioni psicoanalitiche. Tutto ciò *“lasciava la disciplina psichiatrica esangue dal punto di vista della difesa di un proprio settore di ricerca [...] ciò che rimase alla psichiatria [...] insieme ad un parziale recupero dell'attività clinica, fu la sua attività «politica» nel manicomio”* per cui l'attività degli alienisti *“finisce per esaurirsi nella pura e semplice pratica del manicomio”*⁶⁰. Neppure l'avvento del fascismo riuscì a dare granché impulso alla teoria psichiatrica, né, tanto meno, la teoria psichiatrica contribuì ad esso. Certamente il carattere autoritario e gerarchico del sistema manicomiale non poteva che venire rinforzato nel ventennio fascista, ed altrettanto vero è che tale autoritarismo fascista contribuiva ad impedire che la scienza psichiatrica tentasse di percorrere strade potenzialmente in contrasto con l'ideologia di regime, sebbene, occorre ricordarlo, non fosse imputabile solamente al fascismo l'ostilità della cultura italiana verso le

⁶⁰ Annamaria Tagliavini, *La «scienza psichiatrica»*, in Valeria Paola Babini *et al.*, *op. cit.*, p. 88.

teorie freudiane. Al di là di questo, però, poco o nulla di significativo accade nel ventennio sia in un senso che nell'altro. Di scarsissimo conto fu l'apporto della psichiatria all'elaborazione del Codice Rocco e nemmeno si può parlare di preminenza degli psichiatri nell'elaborazione e diffusione del razzismo fascista⁶¹. Proprio lo scarso apporto psichiatrico al Manifesto testimonia il ruolo marginale della teoria psichiatrica durante il ventennio, in particolare la scarsa capacità delle tendenze "costituzionaliste", assai affini al fascismo, a far breccia nel cosiddetto "reazionismo"⁶² degli alienisti.

Per comprendere appieno il rapporto fra teoria psichiatrica e fascismo occorre distinguere fra l'adesione ideologica dei vertici dell'organizzazione professionale e il reale coinvolgimento della sua base. Campo d'azione privilegiato per un'analisi di questo tipo è sicuramente il progressivo slittamento dall'incostante razzismo coloniale dell'Italia liberale verso il più brutale e deciso razzismo fascista. Se al primo aveva sostanzialmente aderito anche la psichiatria, pur con le sue titubanze e il continuo riferimento al dibattito straniero, che denunciava l'inconsistenza di quello nazionale, il secondo, nonostante si fosse progressivamente imposto sulla scena politica come uno dei punti cruciali della vita nazionale, venne sostanzialmente ignorato sia nelle riviste psichiatriche che nei congressi scientifici, confinato in sparuti omaggi formali a Mussolini o al regime e all'adesione ideologica di alcuni rappresentanti del gruppo dirigente psichiatrico. Questa mancata partecipazione alle politiche razziste e alla

⁶¹ Tra i dieci firmatari del "Manifesto della Razza" figurava un solo psichiatra, Arturo Donaggio, mentre nessuno ne figurava nel "Consiglio superiore della Demografia e Razza". Per la partecipazione degli ambienti scientifici e culturali al razzismo fascista si vedano: Giorgio Israel, *Scienza e razza nell'Italia fascista*, il Mulino, Bologna 1998; Valentina Pisanty, *La difesa della razza*, Bompiani, Milano 2006; Franco Cuomo, *I dieci*, Baldini Castaldi Dalai, Milano 2005.

⁶² Quando si parla di reazionismo della psichiatria italiana ci si riferisce alla tendenza a considerare la malattia mentale più come una reazione agli stimoli esterni che come una predisposizione individuale. La linea di demarcazione tra reazionisti (Leandro Bianchi, Sante De Sanctis) e costituzionalisti (Giacinto Viola, Nicola Pende) non era però nella negazione o meno di una patologia fisica originaria, sempre presente, bensì nelle diverse concezioni della sua evoluzione: per i secondi l'anomalia comportava sempre un'evoluzione verso la patologia, mentre per i primi l'insorgere della follia necessitava, generalmente, di un fattore intermediario che la scatenasse.

paccottiglia ideologica che le accompagnava sembra dovuta, più che a un sincero sentimento antirazzista, alla chiusura e all'atteggiamento estremamente conservatore di una disciplina tenacemente avvinghiata all'impostazione organicista e reazionista che si era data nel secolo precedente. Fu proprio questo conservatorismo a rendere la psichiatria 'classica' "*meno permeabile alla contaminazione dell'ideologia fascista*"⁶³ rispetto ad altre discipline scientifiche più recenti quali l'eugenetica e la balbettante psicologia italiana. Di fatto, quindi, l'incapacità della psichiatria italiana ad uscire dagli angusti confini culturali nei quali era nata e si era affermata le impediva di rispondere appieno alla chiamata del fascismo. Come annunciò Mussolini già nel discorso dell'ascensione, il fascismo era alla ricerca di una scienza medica che rispondesse alla sua esigenza d'intervenire pesantemente, per governarle, nelle dinamiche biologiche e sociali del paese; poco poteva in questo senso una scienza fondata sull'individualizzazione della follia e funzionale alle più blande pratiche d'intervento proprie della società liberale. A questo punto non sorprende constatare come tra l'invasività dell'ingente investimento biologico del fascismo e le evoluzioni della teoria psichiatrica i rapporti siano stati molto meno stretti di quanto sia lecito supporre.

Aver constatato questa sostanziale impenetrabilità della teoria psichiatrica all'influenza dell'ideologia fascista non significa, però, che tra regime e sistema psichiatrico-manicomiale non siano intercorsi rapporti talvolta anche molto stretti. D'altronde la psichiatria, medicalizzando l'anormalità, aveva iniziato a biologizzare il sociale già da molto prima del fascismo e, nonostante non riuscisse ad evolversi in forme adeguate a proporsi come un'ancella del regime, restava sempre una "tecnologia dell'individuo"⁶⁴ altamente funzionale alle strategie di normalizzazione bio-sociale del nuovo ordine mussoliniano. L'impressione che se ne ricava è che, pur non trovando una totale simbiosi, psichiatria e fascismo non entrarono nemmeno

⁶³ Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro*, Ombre Corte, Verona 2008, p. 40.

⁶⁴ Cfr. Michel Foucault, *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2000.

mai in contrasto fra loro, accontentandosi del mutuo e reciproco sostegno nelle rispettive strategie di normalizzazione e senza cercare inutili forzature né da una parte né dall'altra.

Non è un caso, infatti, che fascismo e psichiatria ebbero una proficua coesistenza sul piano più eminentemente pratico dell'internamento manicomiale. A fronte di un progressivo indebolimento del settore ospedaliero, che il fascismo aveva abbandonato a uno sviluppo disomogeneo e iniquo, preda degli interessi privati delle corporazioni mediche, il settore della spedalità psichiatrica continuò a svilupparsi in maniera esponenziale. Mentre, infatti, i letti di ospedale restavano insufficienti e venivano in parte 'privatizzati' tramite il sistema del ricovero a pagamento, finendo per gravare sulle disponibilità del ricovero gratuito, il numero di letti a disposizione degli ospedali psichiatrici continuò a crescere costantemente e con esso quello delle giornate di degenza. Soprattutto, a differenza degli altri settori ospedalieri, lo sviluppo degli ospedali psichiatrici venne realizzato tanto nel centro-nord che nel meridione e nelle isole. Secondo il censimento del '32 i giorni di degenza negli ospedali psichiatrici erano il 41% del totale delle degenze ospedaliere del paese mentre il numero di letti corrispondeva a un terzo, arrivando in alcune zone a sopravanzare quello dei restanti settori ospedalieri⁶⁵.

Ma non al solo aspetto quantitativo si limitavano le fortune degli ospedali psichiatrici rispetto a quelli ordinari: anche dal punto di vista dell'organizzazione amministrativa e dell'accesso alle risorse si registrava una posizione di privilegio dei primi sui secondi. Il fascismo aveva lasciato sostanzialmente inalterato il quadro amministrativo degli ospedali sancito dalle riforme crispine sulle IPAB⁶⁶ degli anni '90 dell'Ottocento, lasciando gli ospedali in balia di un complesso sistema di relazioni tra beneficenza e diritto spesso non molto ben definite. In questo sistema le capacità finanziarie di un ospedale erano vincolate a una serie di fattori irriducibili a

⁶⁵ È il caso dell'Abruzzo e del Molise dove la percentuale di posti letto manicomiali erano rispettivamente il 53,7% e il 56,6% del totale della disponibilità ospedaliera.

⁶⁶ Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

uno sviluppo coerente e omogeneo, in quanto dipendevano dai patrimoni di rendita ereditati dagli istituti, dall'accesso alle elargizioni dei privati e dalla possibilità di attingere alle risorse comunali, loro referenti amministrativi e in crisi economica fin dal periodo di guerra. Date le premesse era inevitabile che le capacità finanziarie degli ospedali, e quindi quelle di modernizzazione, tendessero ad essere maggiori nei grandi istituti storici piuttosto nei piccoli presidi di nuova formazione, nei grandi centri rispetto ai piccoli comuni e nel centro nord rispetto al meridione.

Gli ospedali psichiatrici, invece, godevano di statuti amministrativi più chiari già dalla provincializzazione degli anni a cavallo tra i due secoli; in più, anche in virtù della provincializzazione stessa, godevano di finanziamenti spesso più ingenti e sicuri. Già negli anni di regime era chiaro come questo riservasse un trattamento speciale agli ospedali psichiatrici, cui *“erano assicurate tutte le risorse necessarie senza limiti e senza freni inibitori”*⁶⁷, generando una grave sperequazione fra i vari tipi di ospedale. Proprio questa sperequazione venutasi a creare nel ventennio fascista finirà per influenzare i modi della modernizzazione ospedaliera italiana, sia di quella ordinaria che di quella psichiatrica. Ancora una volta, per comprendere la modernizzazione degli ospedali psichiatrici è necessario fare riferimento ai modi della modernizzazione di quelli comuni. Stretto fra populismo assistenzialista e incapacità di fronteggiare gli interessi delle corporazioni mediche, il fascismo aveva imposto agli ospedali italiani una modernizzazione contraddittoria. Se da un lato aveva favorito il processo di evoluzione degli ospedali da ricoveri per miserabili a centri di massima specializzazione per le cure sanitarie, d'altro canto non aveva dotato questi istituti di risorse finanziarie adeguate a tale compito, lasciandoli praticamente soli in balia dell'obbligo di cura per i poveri. Di fronte all'impossibilità di realizzare tale modernizzazione con le esigue risorse

⁶⁷ *L'assistenza generale psichiatrica. Discorso pronunciato dall'on. Giuseppe Giardina nella tornata del 9 aprile 1932*, in *“L'Ospedale maggiore”*, a. XX, 1932, pp. 237-238, cit. in Domenico Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia fascista*, Storia d'Italia, Annali 7, Einaudi, Torino 1984, p. 383.

comunali, gli ospedali italiani introdussero la consuetudine di autofinanziarsi destinando parte dei posti letto a ricoverati paganti. Ben presto questo sistema divenne ostaggio della corporazione medica che, nelle persone dei primari, prese a gestire come cliniche private personali gran parte di questi reparti. Il grosso dei proventi finiva quindi nelle tasche del personale medico a scapito dell'ospedale, finendo, in alcuni casi, per non lasciare all'istituto neanche la somma necessaria a coprire le spese ordinarie del ricovero. Così, mentre in teoria si voleva evolvere in senso professionale il ruolo dell'ospedale, in pratica si riduceva il numero di posti letto destinati ai poveri. Questo stato di cose finì per aggravare ulteriormente il già deficitario stato finanziario degli istituti ospedalieri, costringendo a più riprese il regime a emanare direttive volte a introdurre criteri assai restrittivi per il ricovero e a restringere le liste comunali degli aventi diritto alle cure gratuite. Di fatto ciò portò a uno squilibrio anche nello sviluppo delle varie discipline ospedaliere, accentuando la crescita di quelle maggiormente redditizie, come la chirurgia, a scapito dei settori meno proficui come quelli relativi alle malattie endemiche che imperversavano fra gli strati più poveri della popolazione. Questo sviluppo iniquo della modernizzazione ospedaliera riuscì solo limitatamente a mondare l'immagine tradizionale dell'ospedale come luogo di afflizione e di miseria, e lo fece al prezzo proibitivo di respingere parte delle attese assistenziali di cui tradizionalmente era investito, anche di quelle esclusivamente mediche. È assai probabile, ma è una storia ancora tutta da scrivere, che tali pretese assistenziali si siano lentamente spostate verso l'istituto manicomiale, che in quel particolare momento storico si presentava più che mai disponibile a largheggiare nei ricoveri. Sicuramente la pratica ottocentesca di effettuare ricoveri manicomiali a puro scopo assistenziale, avulsi quindi da precise finalità psichiatriche, se non addirittura incrementata venne quantomeno mantenuta anche nel primo dopoguerra. La vagheggiata evoluzione dei manicomi italiani nei più moderni ospedali psichiatrici sembra quindi

essersi risolta in nulla più che “*una nuova etichetta di antica merce*”⁶⁸, dove l’elemento di modernità sembra essersi limitato alla diffusione dei metodi di cura da shock che quella scientificità modernizzatrice “*più che realizzarla [...] la mimavano*”⁶⁹.

Ridotto più che mai a campo d’azione privilegiato degli psichiatri, imperturbabile nel perpetuare i propri modi di funzionamento, dotato di mezzi finanziari ingenti e per questo forse investito di oneri assistenziali aggiuntivi, il manicomio durante il ventennio fascista, pur rimanendo sostanzialmente uguale a se stesso, conosce una fase nuova. Per la prima volta nella sua storia vive una fase di stabilità teorica e normativa che ne rafforza il rapporto con la società e lo rende sempre più soggetto alle interferenze, perché qualsiasi modello di controllo “*genera da un lato una serie di tattiche per aggirarlo e disattivarlo, dall’altro una diffusione e un’acquisizione dei modelli culturali divulgati*”⁷⁰: maggiore è la stabilità del sistema più saranno evolute le tattiche e profonde le acquisizioni. Sembra come se stabilizzandosi e consolidandosi il manicomio si mettesse al riparo dagli urti più violenti ma restasse al contempo più che mai esposto alle pressioni del corpo sociale. Fu proprio il ventennio il momento in cui si fece più evidente anche per il manicomio che “*la norma non viene assunta nella sua intrinseca coerenza ma sottoposta, invece, ad un campo di tensioni e di interferenze che ne frantumano la compattezza inesorabile*”⁷¹, tensioni che nel caso dell’internamento manicomiale venivano da quel corpo sociale che premeva alle porte degli istituti psichiatrici per imporgli, ora che si era fatto legge, il principio di reciprocità tra legge e vita, per cui “*se le persone devono rendere conto alla legge, la legge deve a sua volta rendere conto alla vita reale delle persone*”⁷².

⁶⁸ A. D’Ormea, *Il compito scientifico dell’ospedale psichiatrico moderno*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, 57, pp. 1269-1270, cit. in. Paolo Francesco Peloso, *op. cit.*, p. 41.

⁶⁹ Valeria Paola Babini, *Prefazione*, in Paolo Francesco Peloso, *op. cit.*, p. 8.

⁷⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, Marsilio, Venezia 2002, p. 115.

⁷¹ Stefano Levi della Torre, *Zone di turbolenza*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 196.

⁷² Ivi, p. 196.

Quello che mi interessa spiegare non è tanto l'originalità di questa situazione, presente almeno dal secolo precedente, quanto piuttosto mostrare come il periodo tra le due guerre sia il momento in cui si dispiegò con maggiore evidenza. Come si è visto, il primo Novecento è il periodo in cui si fece più netta l'omologazione ai modelli psichiatrici da parte della società, il che rese possibile una più evoluta interiorizzazione del campo semantico psichiatrico-manicomiale da parte di coloro che venivano interessati da un internamento⁷³. A sua volta, il maggior grado di solidarietà semantica tra alienisti e gruppi sociali determinò per questi ultimi una maggiore capacità di prevedere le azioni e le reazioni delle istituzioni, con un netto accrescimento delle proprie capacità operative. Al contempo, la maggiore apertura alle influenze esterne mise sempre più in relazione e in tensione fra loro campi di forze opposti, in cui universi concettuali distinti dovettero necessariamente trovare un reciproco accomodamento. In questo modo la pratica quotidiana dell'internamento doveva entrare in rapporto dialettico con i codici culturali e le esigenze della massa degli internati e delle loro reti sociali, per cui se l'ormai secolare 'epidemia' di follia ottonevicesca era una 'malattia' dei poveri, allora il ricovero in manicomio doveva diventare almeno in parte una cura della povertà. È proprio quello assistenziale il campo di forze che esercitava pressioni maggiori sulla coerenza della teoria psichiatrica nella sua applicazione pratica, costringendola a venire a patti con valori tradizionali quali la difesa dell'integrità morale, sociale ed economica del nucleo familiare. Questo stato di cose generò uno scarto profondo tra la morale proclamata a debita distanza dalla follia e quella praticata quando si era a stretto contatto con essa, *“dunque tra l'attitudine alla tolleranza tra coloro che si sono trovati coinvolti nella gestione della malattia mentale e la durezza della società nel suo complesso”*⁷⁴. Per comprendere i modi in cui si realizzava

⁷³ S'intende in questo caso un'accezione assai ampia di campo semantico, per cui oltre al discorso scientifico sulla follia ad essere sempre più conosciuti erano anche i meccanismi amministrativi, quelli legali e quelli consuetudinari relativi all'internamento manicomiale.

⁷⁴ Vinzia Fiorino, *op. cit.*, p. 118.

l'internamento manicomiale è quindi necessario riconsiderare il ruolo delle classi subalterne nel partecipare ai procedimenti di ricovero e dimissione, elaborando modelli interpretativi più flessibili che ne riconoscano la capacità di interferire, negoziare e condizionare gli esiti di un internamento⁷⁵.

Grazie al riordino degli archivi manicomiali⁷⁶ è ormai da tempo in uso la tendenza a costruire lunghe serialità di storie individuali: ciò rende possibile spostare l'interesse delle ricerche dalle influenze sistemiche, già ampiamente dibattute, a quelle situazionali, ovvero analizzare della follia il momento diagnostico e il decorso, che più di tutti sono quelli soggetti a tensioni e interferenze da parte dei protagonisti coinvolti. Nel momento in cui si decide di entrare in manicomio e di accompagnare passo dopo passo il destino di coloro che vi venivano internati allora questo non va inteso come una linea di confine al di là della quale si comprimono, fino ad esaurirsi, gli spazi di manovra individuali, ma come uno spazio d'interazione all'interno della società. L'oggetto di studio non potrà più essere solamente l'adeguamento alle norme del controllo sociale, ovvero la resa dell'individuo al volere della società, ma la capacità di tutti gli attori coinvolti di plasmare, se non le norme sociali che identificano il lecito e l'illecito, almeno la gestione ordinaria dell'anormalità e ancor più la definizione dell'identità personale di chi doveva 'diventare' folle. Quindi all'attenzione per la costruzione sociale dell'identità folle va affiancata quella per la costruzione locale di un'identità internabile o dimissionabile.

⁷⁵ Cfr. Margherita Pelaja, *Matrimonio e sessualità a Roma nell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 1994, e Angela Groppi, *I conservatori della virtù*, Laterza, Roma-Bari 1994.

⁷⁶ Grazie all'interessamento dell'Ufficio Centrale dei Beni Archivistici sul finire degli anni '90 venne dato il via al riordino degli archivi storici degli ex manicomi provinciali italiani con il progetto "Carte da legare". Per il Santa Maria della Pietà il riordino dell'archivio storico venne effettuato in due tempi: un prima *tranche* nel periodo 1988-1990 grazie al lavoro di Annalia Bonella e all'interessamento della Soprintendenza ai beni archivistici del Lazio, la seconda nel biennio 2000-2001 ad opera di Nicola Pastina e Roberta Sibbio, con la supervisione di Leonardo Musci della cooperativa "Memoria" e il coordinamento scientifico di Alexandra Kolega.

5. La costruzione dell'identità deviante: un nuovo modello di analisi dell'internamento manicomiale

Ritornando a quanto scritto nelle epigrafi iniziali di questo capitolo, è mia intenzione focalizzare l'attenzione sui modi attraverso i quali si costruiva un'identità folle, e questo sempre considerando il "soggetto umano che lotta" come produttore e negoziatore di significati. Per compiere questo spostamento di prospettiva bisogna necessariamente riconsiderare alcuni aspetti riguardanti la costruzione dell'identità deviante e trovare un modello di analisi abbastanza flessibile per adattarsi all'eterogeneità dei processi con cui questa si realizzava. Quello che propongo è quindi un modello di analisi delle cartelle cliniche utile non tanto a riscontrare l'identità deviante di un internato, quanto a capire da chi, come e perché veniva costruita questa identità.

Prima di tutto è opportuno chiarire come non alla sola devianza si può far riferimento per gli internamenti manicomiali, motivo per cui sarebbe più corretto parlare di costruzione di identità internabili o dimissionabili. Molti dei degenti in manicomio non possono infatti essere ricondotti a una qualche forma di devianza ma piuttosto, come ad esempio molti dei ricoverati anziani, all'incapacità di provvedere e accudire se stessi.

Se si parla generalmente di devianza questo è dovuto, oltre all'indubbia comodità della formula, principalmente a due fattori: da un lato è innegabile la preminenza di degenti ai quali questa etichetta era stata applicata in maniera del tutto coerente alla mentalità dell'epoca, dall'altro perché la crescente invasività delle pretese psichiatriche sul governo della società e la spinta dal basso delle pretese assistenziali avevano portato, fin dall'Ottocento, a un allargamento indiscriminato del concetto di devianza, finendo per inglobarvi, tra le altre, proprio quell'incapacità di accudire e

provvedere a se stessi che è invece impossibile contenere nel gran calderone della devianza.

Fatta questa debita precisazione, bisogna fare una chiara scelta di campo e spostare l'analisi delle cause della devianza dai fattori disposizionali, quindi inerenti all'individuo, allo spazio dell'interazione e del sociale, secondo un modello interpretativo per cui è la reazione della società a un determinato comportamento a creare il deviante tramite l'etichettamento. In questo modo la devianza viene sottratta a rigide norme deterministiche e fondata sull'interazione fra l'agire contro la norma e l'ambiente in cui l'infrazione è stata commessa. L'identità deviante è quindi qualcosa di costruito nell'ordine dell'interazione fra individuo e società di appartenenza, ordine che dipende in parte dalle norme generali che regolano l'intero corpo sociale e in parte da quelle che regolano il gruppo più ristretto di coloro che vivono l'infrazione. Esiste, dunque, un livello d'interazione relativamente autonomo rispetto alle imposizioni della cultura dominante e in cui non si tratta più di relazionarsi solamente al binomio tra condanna e non condanna del comportamento deviante, ma di considerare la vasta gamma di gradazioni nelle reazioni a tali comportamenti che distinguevano una devianza primaria – che genera una reazione tendente alla stigmatizzazione e alla marginalizzazione del deviante ma che non lo costringe a una totale ridefinizione del sé in tali termini – e una devianza secondaria, che comporta invece l'istituzionalizzazione del deviante e la ridefinizione della sua individualità in termini di anormalità. Tali diverse reazioni dipendono da una lunga serie di fattori spesso assai eterogenei tra loro: generalmente, però, la gradazione della reazione sembra rispondere alle esigenze del gruppo ristretto non meno che alle norme imposte dalla società nel suo complesso. Nel caso del Santa Maria della Pietà, ad esempio, è facile rilevare il ruolo determinante della cerchia ristretta nel processo di etichettamento confrontando fra loro i numerosi casi di alcolismo violento; a fronte di un'adesione quasi universalmente condivisa alla condanna dell'ubriaco molesto, nelle cartelle cliniche le diverse gradazioni nelle

reazioni a questo comportamento deviante spesso non hanno un rapporto diretto e coerente con l'intensità delle molestie, ma dipendono invece dalle motivazioni personali delle persone coinvolte nelle violenze, per cui non è difficile trovare casi in cui le medesime azioni davano seguito a destini diversi. Si può quindi concludere che lo spazio interazionale in cui si realizza l'etichettamento non coincide né con le macrostrutture sociali né con le motivazioni personali ma è, invece, la somma delle influenze sistemiche, situazionali e, in misura minore, disposizionali⁷⁷.

Se la costruzione della devianza è un processo sequenziale di azioni e reazioni in parte determinato dal gruppo ristretto dei 'testimoni' dell'infrazione, allora in essa devono influire necessariamente variabili e contingenze soggette alle spinte specifiche degli appartenenti a questo gruppo. In quest'ottica è dunque necessario isolare dal contesto generale gli attori sociali appartenenti a questo particolare gruppo e da questi distinguere ulteriormente quelli maggiormente coinvolti. Non è possibile stabilire regole generali che siano universalmente valide su come assegnare i ruoli; è però possibile riscontrare un legame diretto tra grado d'intimità con il deviante, o con l'infrazione commessa⁷⁸, e appartenenza al secondo gruppo, che possiamo definire quello degli attori primari. Così facendo, mentre si riducono a un'eco lontana le influenze delle norme generali, si distinguono almeno tre gradi di coinvolgimento al processo di etichettamento che corrispondono a tre diverse tipologie d'investimento emotivo e materiale nei confronti di un internamento. Il gruppo meno coinvolto, anche se non così avulso da essere necessariamente associato al 'pubblico' estraneo alla vicenda, è quello degli agenti istituzionali, principalmente composto dal personale del manicomio, dalle autorità civili e penali e da tutta la gamma

⁷⁷ Per una dettagliata analisi dell'influenza delle forze disposizionali, sistemiche e situazionali si veda Philip Zimbardo, *L'effetto Lucifero*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

⁷⁸ L'intimità con l'infrazione non comportava necessariamente anche un rapporto d'intimità con il deviante. Le vittime di atti violenti da parte d'individui inviati in manicomio alle volte non avevano nessun legame con essi all'infuori di quello creato dalla violenza stessa: nonostante ciò poteva capitare che interferissero anche pesantemente nel processo d'internamento.

d'intermediari che a vario titolo potevano compartecipare in un procedimento d'internamento. Questi attori istituzionali, sebbene facciano anche parte e a buon diritto delle strutture di potere, venivano spesso coinvolti – chi più chi meno – nella valutazione degli aspetti pratici ed emotivi che determinavano le sorti di un internato. Tra questi, ovviamente, era il personale medico-infermieristico quello che poteva essere più facilmente e più intensamente trascinato negli aspetti privati relativi a una degenza.

A metà strada fra questo gruppo e quello degli attori primari si colloca la comunità di riferimento del deviante o quella dei 'testimoni' dell'infrazione della norma⁷⁹. È questa la tipologia più eterogenea, nella quale possono di volta in volta essere inseriti colleghi, commilitoni, vicini di casa, compaesani e quant'altro sia fisicamente partecipe all'esistenza di un individuo. Il gruppo degli attori primari, invece, è costituito da coloro che avevano un tale coinvolgimento nella vicenda che questa diventava una questione personale di primaria importanza: quindi il deviante stesso, il cui coinvolgimento era totale, e le reti sociali ad esso collegate, generalmente composte dalle reti di parentela.

Questa distinzione permette di relazionarsi con un elemento fondamentale nel determinare le sorti di un'istituzionalizzazione e finora trascurato dalla storiografia: la forza del coinvolgimento personale e la conseguente determinazione nel perseguire i propri interessi. Nel momento in cui un internamento apriva uno spazio relazionale tra un internato e la sua rete sociale e le istituzioni, i primi vanno considerati come gruppi di potere: soprattutto va tenuto conto della forza che tali gruppi traevano dall'intimo coinvolgimento nella vicenda e che quasi mai trova eguali in nessuno degli

⁷⁹ Sebbene spesso la comunità di appartenenza del deviante e quella in cui veniva commessa l'infrazione della norma coincidessero, questa situazione non era esclusiva; in molti casi i due ambienti non coincidevano e non era raro che le reazioni all'infrazione fossero diverse se non addirittura opposte. Il caso più eclatante è sicuramente quello dei militari, per cui a una sostanziale difesa ad oltranza degli interessi dell'alienato da parte del gruppo di provenienza si contrapponeva la difesa degli interessi di parte del corpo militare in seno al quale si era verificata l'infrazione.

altri gruppi coinvolti, soprattutto quelli istituzionali. Così non solamente gli internati si rivelavano spesso dei veri e propri ‘virtuosi della sopravvivenza’, ma le stesse reti sociali diventavano una risorsa dalla quale attingere a piene mani, un capitale sociale e relazionale che poteva essere gestito e sfruttato e al quale il ‘folle’ era nel bene e nel male vincolato.

Constatata l’importanza dell’aspetto relazionale nella costruzione della devianza e fatta la scelta di occuparsi principalmente dell’influenza che avevano su di essa gli attori primari, diventa allora fondamentale isolare uno spazio relazionale a misura delle reti sociali individuali. Per questo motivo, e per resistere alla tentazione di tornare ad affidarsi alle teorie del controllo sociale, si è deciso di appoggiarsi a un’analisi dei casi nella loro singolarità e solo in seguito cercare di trarre eventuali considerazioni più generali. Quello che va isolato e indagato è il contesto locale relativo a ogni singolo internamento, ovvero il momento in cui i rapporti fra società e istituzione si fanno individuali e privati. Nel momento in cui a interagire con le istituzioni non sono più solamente categorie sociali astratte ma persone concrete con esigenze altrettanto concrete, allora risulta più evidente come la natura stessa di relazione sociale imponga a questa di svolgersi su un doppio binario, per cui la costruzione di una grammatica di reciproche aspettative impone tanto agli uni di entrare nel discorso psichiatrico quanto agli altri di entrare nel merito delle insopprimibili esigenze socio-assistenziali. Con l’apertura di uno spazio d’azione contestuale alla situazione che si creava in un determinato internamento, il contesto locale non necessariamente, però, rispondeva alle logiche previste dai codici culturali imperanti: anzi, spesso entrava in tensione con esse.

L’impressione è che l’internamento manicomiale funzionasse come un’opera d’interpretazione a tema, per cui dato il canovaccio delle aspettative sociali comuni – tra l’altro non sempre pienamente condivise – spesso era solo nel corso dell’interpretazione che le parti in causa apprendevano e creavano un repertorio interpretativo comune col quale definire i ruoli e i personaggi all’interno di una grammatica

comportamentale che tenesse conto di tutte le aspettative presenti sulla scena. Fondamentale per la capacità operativa era quindi il controllo di questa scena, ovvero la capacità di controllare gli eventi e la circolazione delle informazioni. Josef K., il celebre protagonista de *Il processo* di Kafka, è il caso limite di una perdita totale del controllo della propria scena operativa, ma nella realtà dell'istituzionalizzazione vicende del genere erano l'eccezione. Non è una casualità, infatti, che nei moltissimi episodi d'internamento dovuti a questioni economiche la dimissione avvenisse per mezzo di "guarigioni sociali"⁸⁰ proprio in concomitanza con la fine del periodo di difficoltà economiche o con l'apertura di nuove prospettive per il loro superamento. Era questo un *modus operandi* molto diffuso nella manicomialità otto-novecentesca, per cui l'incontro tra esigenza assistenziale e necessità di medicalizzazione producevano un'interpretazione deviante che veniva prontamente accolta dal personale medico; quando poi l'esigenza assistenziale cessava l'interpretazione deviante mutava in quella del "reprobo redento" che "critica bene e condanna i comportamenti precedenti", come si legge nelle cartelle cliniche, e che gli psichiatri erano nuovamente ben disposti ad accettare. L'esempio delle "guarigioni sociali" rende anche possibile andare "oltre il contesto"⁸¹, ovvero, dopo aver spostato l'analisi dalle determinazioni sovraindividuali a quelle personali, tornare a distinguere tra quanto in un internamento era contingente e accidentale, quindi situato in una determinata circostanza, e quanto invece sia possibile considerare come un modello comportamentale costante prodotto dal particolare tipo d'interazione che veniva a instaurarsi

⁸⁰ Per "guarigioni sociali" s'intendono generalmente quei casi in cui un internato manicomiale dopo aver imparato a non mostrare più i sintomi della propria follia venga dimesso come guarito. Trattandosi chiaramente di una strategia comportamentale in questo caso e in seguito la definizione viene estesa, anche per comodità, a tutte le strategie analoghe coronate da una dimissione. Nel caso in questione si tratterebbe di "simulazioni su simulazioni", ovvero dell'interpretazione di guarigioni su pregresse interpretazioni di malattia (Cfr. Henry Stack Sullivan, *Sociopsychiatric Research*, in "American Journal of Psychiatry", X (1983), pp. 987-88, cit. in. Erving Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna 1986, p. 88).

⁸¹ Cfr. Guido Simone Neri, *Goffman oltre Goffman*, Bibliosofica, Roma 2002.

tra 'folli' e alienisti, che si può quindi definire situazionale⁸². Per cui quando un internato si opponeva violentemente alle pratiche d'ingresso, quali ad esempio il bagno obbligatorio e la rasatura dei capelli, tali atteggiamenti sono spesso da ricondurre alla naturale ostilità per le pratiche di spersonalizzazione e di riduzione in uno stato d'inferiorità sociale più che a precise strategie comportamentali o al carattere dell'individuo. Più in generale, la spersonalizzazione e la riduzione in inferiorità del paziente erano parte in causa nel generare quel clima di violenza incombente che coinvolgeva tanto i controllati quanto i controllori.

Quello che viene a configurarsi per l'internamento manicomiale è quindi un complesso sistema di spinte e contropunte condizionato da molteplici attori e influenzato da diversi codici interpretativi che agivano su scale diverse. In questo quadro è determinante l'influenza esercitata dalla costruzione dell'identità individuale del paziente, identità che spesso veniva determinata nel contesto locale e che poteva somigliare a un complesso gioco delle parti. Se, come si è visto, la costruzione della devianza è un processo sociale, allora è possibile considerare la costruzione dell'identità individuale come qualcosa anch'essa influenzata dai rapporti sociali e che da tali rapporti emerge in una data forma anziché in un'altra. Questo sociocentrismo dell'identità rende quindi inevitabile il continuo riferimento alla rete sociale in cui tale identità prendeva forma concreta e alla situazione in cui questa veniva di volta in volta presentata.

Quando Luigi R. cambia atteggiamento in funzione degli interlocutori con i quali ha a che fare, risultando più sincero con gli infermieri piuttosto che con i medici, sta semplicemente presentando diverse interpretazioni possibili della propria individualità in base al tipo di situazione relazionale nella quale si trova coinvolto. Per cui di fronte al mondo istituzionale, rappresentato dai medici, propone un'identità deviante, mentre di fronte a un tipo di relazione che non sente come istituzionale, cioè di fronte a quegli infermieri che sente maggiormente come suoi solidali, probabilmente per la

⁸² Cfr. Erving Goffman, *Asylums*, cit., e *Stigma*, Ombre Corte, Verona 2003.

medesima provenienza sociale, ne propone un'altra che ha qualcosa del furbacchione e molto del povero diavolo. L'impossibilità di riduzione all'uno dell'identità individuale, però, obbliga a fare i conti non solamente con le innumerevoli chiavi di lettura che si possono adottare in base al caso, ma anche alla compresenza di diverse possibili interpretazioni tutte valide e tutte chiaramente esplicitate. Nei casi d'internamento manicomiale non era raro che questa compresenza palese di diverse possibilità interpretative generasse dei veri e propri scontri per l'identità. Nel caso dei maschi adulti produttivi, ad esempio, poteva capitare che un'evidente e conclamata devianza convivesse con il ruolo di *pater familias* dal quale dipendeva il sostentamento del nucleo familiare: in tali casi, se non si riusciva a realizzare un accordo o a trovare una mediazione tra le due identità, il problema si spostava dalla definizione dell'identità, irrisolvibile perché chiaramente doppio, a quello della definizione della situazione; ovvero si trattava di imporre o accettare come preponderante una delle due definizioni possibili della situazione a scapito dell'altra: quella della tragedia familiare o quella dell'anormale da custodire⁸³.

Nel rivolgersi alla questione dell'identità bisogna inoltre tener presente come questa non sia determinata solamente dall'affermarsi di una delle possibilità compresenti in un individuo o in una situazione, ma abbia anche carattere processuale e sequenziale. L'obiettivo è quello di cogliere l'impossibilità di fissare un individuo in un quadro determinato dal particolare momento in cui questo viene colto dalla traccia documentaria, perché questa rappresenta un momento di una vita in divenire e una

⁸³ Un caso esemplare di questo atteggiamento fu la vicenda di Ubaldo T.: internato ben sei volte fra il 1893 e il 1912 per fatti gravissimi quali pederastia, ubriachezza, molestie, minacce, disturbo e ripetute aggressioni di cui una con ferimento di una guardia finita anche sui quotidiani locali, venne ogni volta rilasciato dietro pressione della famiglia perché "deve lavorare per mantenere i quattro figli". L'ennesimo internamento, il settimo, avvenuto nel 1924, gli riuscì fatale: ricoverato per l'ennesima ubriacatura, dietro pressioni della famiglia venne trattenuto in manicomio fino alla morte, nel 1937, nonostante il parere favorevole alla dimissione dei medici che lo considerano ormai guarito e non in grado di nuocere già nel '29. Per ironia della sorte, a condannarlo alla lungodegenza fu proprio quella stessa capacità della famiglia d'imporre una sua definizione dell'identità che per sei volte l'aveva tirato fuori dal Santa Maria

particolare definizione dell'identità emersa nel quadro in questione ma non per questo necessariamente estensibile a tutti gli altri momenti. Tale storicità dell'identità agiva sia a breve che a lungo termine, condizionando il presente e rivoluzionando tanto il passato che il futuro. L'etichettamento di un individuo in una determinata categoria non era, infatti, il risultato di una corrispondenza diretta fra azione e reazione, e fra gli elementi determinanti vi era sicuramente la valutazione della storia personale dell'individuo da etichettare. Per la maggior parte dei ricidivi del Santa Maria, ma non solo per loro, è possibile ricostruire percorsi individuali molto complessi, delle vere e proprie carriere nel mondo della devianza. L'evoluzione più lineare di queste carriere prevedeva prima progressivi slittamenti dalla devianza primaria a quella secondaria, poi, con l'inizio dell'istituzionalizzazione manicomiale, un aumento progressivo della durata di degenza fino alla trasformazione in cronici lungodegenti. Ma l'evoluzione lineare è forse più nell'esigenza per chi scrive di avere punti di riferimento che nella realtà delle cose; non mancavano infatti numerosissimi esempi di carriere molto più articolate ed eccentriche, tanto che l'istituzionalizzazione manicomiale poteva rappresentare anche la tappa iniziale o intermedia di un processo di stigmatizzazione in cui entravano altri referenti istituzionali. Per il primo caso vale il principio per cui il ricovero manicomiale, istituzionalizzando l'etichetta, imprimeva un marchio spesso indelebile a partire dal quale si evolveva una storia di devianza. È il caso questo dei molti minori internati, i quali trovavano nel manicomio una prima risposta a comportamenti illeciti che poi in età adulta avrebbero trovato nel carcere una soluzione molto più dura. Ciò che va tenuto sempre presente è che il manicomio non era l'unico agente istituzionale che aveva rapporti con il disagio e la devianza; esso era invece inserito in una rete di relazioni con altre istituzioni che si rimpallavano vicendevolmente gli stessi individui e che solo in parte si distinguevano per le proprie finalità operative. In questo movimento ogni passaggio istituzionale preparava il futuro e reinterpretava il passato dell'individuo istituzionalizzato, rendendo spesso impossibile fissare confini

netti fra le diverse popolazioni istituzionali. Il concetto di carriera, inoltre, può essere adattato anche a una lettura più a breve termine che non all'intero corso di una vita. Anche il solo periodo di degenza in manicomio prevedeva spesso una serie di stadi evolutivi che modificavano la percezione di sé dell'internato e, di conseguenza, anche quella che gli altri avevano di lui. Si è vista in precedenza l'importanza delle "guarigioni sociali" nel determinare una dimissione: queste guarigioni non vanno però sempre considerate come il risultato di una strategia consapevolmente posta in atto fin dall'ingresso in manicomio, ma vanno anche considerate come un qualcosa di acquisito durante la degenza. La capacità di non mostrare i sintomi del proprio disturbo, o più semplicemente il "sapersi comportare", potevano necessitare di un periodo di apprendimento più o meno lungo. Inoltre, caso assai diffuso, per alcuni era spesso necessario realizzare quanto meno il passaggio dall'iniziale istinto di ribellione verso la reclusione a una più ponderata accettazione dello stato di fatto. Anche quando l'accettazione del proprio stigma e la critica del proprio 'disturbo' erano sincere, non di rado queste erano il punto terminale di una serie di tappe che il 'malato' aveva percorso durante la sua carriera di degente.

Al termine di queste prime riflessioni è possibile comprendere quanto sia grande la differenza fra la storia della psichiatria e quella dell'internamento manicomiale, e come per studiare il secondo sia necessario dotarsi di un sistema interpretativo più flessibile di quello utilizzato per la prima. A questo scopo, oltre alla breve e incompleta trattazione fatta in queste pagine, si è reso necessario, nel prosieguo della trattazione, raggruppare i casi studiati non più secondo i tradizionali accorpamenti per categorie nosologiche ma per aree tematiche, funzionali a mostrare di volta in volta i vari attori protagonisti e i modi con cui questi si relazionavano all'internamento manicomiale.

PARTE II

L'ANALISI DELL'INTERNAMENTO MANICOMIALE

1. Dove vivevano i matti: il manicomio come luogo della follia

Quando qualcosa è fuori dalla norma, il sistema più rapido per ovviare all'inconveniente viene sempre ritenuto il migliore⁸⁴.

Lungo sarebbe il racconto di quello che oppassato e quello che dovrò passare in questo triste ritrovo⁸⁵.

Alla fine di ottobre del 1629 giunge a Prato un corriere con un una lettera datata al 26 dello stesso mese. A spedirla sono stati gli ufficiali della Sanità di Firenze i quali ingiungono al comune toscano l'immediata attivazione di controlli sanitari ai confini del loro territorio: *“Erano passati solo cinque giorni da che la notizia dello scoppio della peste a nord del lago di Como aveva raggiunto Milano, e l'azione dell'Ufficio di Sanità di Firenze non avrebbe potuto essere più tempestiva”⁸⁶*. I timori degli ufficiali fiorentini erano tutt'altro che infondati: di lì a breve, nonostante i controlli, la prima peste borromaica sarebbe scesa fino a Prato facendo strage. *“Il primo round della battaglia era perduto. Invisibile e inesorabile il nemico era dentro le mura e uccideva senza pietà”⁸⁷*: per Cristofano di Giulio Ceffini, ufficiale sanitario di Prato, la battaglia consisteva ora nel limitare i danni in attesa che il contagio passasse. Le conoscenze dell'epoca riguardo la peste erano indubbiamente vaghe e i rimedi incentrati più sulla prevenzione che non su reali ed efficaci cure mediche. Nonostante il persistere delle interpretazioni

⁸⁴ Ken Kesey, *op. cit.*, Rizzoli, Milano 2006, p. 228.

⁸⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Oreste D.V., 1937.

⁸⁶ Carlo M. Cipolla, *Cristofano e la peste*, il Mulino, Bologna 2004, p. 9.

⁸⁷ Ivi, p. 12.

religiose del fenomeno, che a Milano culminarono con la sciagurata processione di Carlo Borromeo, alcune pratiche ‘mediche’ sul contagio erano ormai acquisite da tempo e ben note anche agli ufficiali pratesi: confinare immediatamente gli ammalati, bruciare o affumicare le *robbe* e le case dov’erano stati morti o malati e “*serrar subito quelle case dove è stato infetti e tenerle almeno giorni 22, acciò chi vi è dentro nel praticare non infetti gli altri*”⁸⁸. Nonostante la posta in gioco fosse elevatissima, tanto che una mortalità del 25% della popolazione veniva salutata come un dono del cielo, il buon Cristofano, peraltro amministratore scrupoloso e onesto, nel primo mese di ‘governo’ dell’emergenza sanitaria pratese sembrò dimenticarsi l’isolamento delle case infette e “*continuò a far aprire case senza metterne in quarantena neppure una*”⁸⁹. A spingere Cristofano verso provvedimenti apparentemente tanto scellerati non era certamente l’ignoranza in materia di prevenzione: piuttosto si trattava di mere esigenze economiche dovute alle esauste casse a sua disposizione. A pesare sulle casse comunali, oltre le ingenti spese per attrezzare e mantenere i lazzaretti, erano anche le diarie alle persone sottoposte a quarantena e impossibilitate a provvedere a se stesse. Nonostante la gravità della situazione, prima dell’intervento di Cristofano “*c’erano individui che rimanevano confinati in casa anche dopo la scadenza, per godere del sussidio quotidiano. [Cristofano] suggerisce anche che [...] i decessi che si verificavano nelle case non venivano prontamente denunciati, in modo che l’amministrazione cittadina continuava a pagare per dei «fantasmi», ed il denaro veniva intascato o dall’ufficiale addetto al pagamento o dalla famiglia del defunto o da tutti e due*”⁹⁰. Per sanare questa situazione il provveditore di sanità pratese decise per un lungo periodo di soprassedere quasi integralmente al principio profilattico della quarantena.

Al di là dello scarsissimo senso civico dimostrato dai pratesi del Seicento, quel che occorre puntualizzare di questa vicenda è il potere di

⁸⁸ Ivi, p. 15.

⁸⁹ Ivi, p. 23.

⁹⁰ Ivi, p. 31.

condizionamento che le necessità pratiche impongono alle istituzioni. Nonostante l'ufficio di Sanità pratese poggiasse su un impianto teorico ben preciso, di fronte all'impossibilità di far fronte alle spese l'istituzione ha dovuto necessariamente proteggere se stessa e piegare la teoria alla pratica. Circa tre secoli dopo, nell'autunno del 1911, Giovanni Mingazzini è direttore del manicomio Santa Maria della Pietà di Roma quando scoppia una violenta epidemia di colera nell'istituto. Immediatamente viene deciso un sistema d'isolamento molto rigido all'interno del manicomio; risultando però inadeguato al contenimento del contagio e facendosi questo sempre più serio, con parecchi ammalati e alcuni decessi, il direttore si decide per un massiccio trasferimento di malati e personale al lazzeretto cittadino di S. Egidio in Trastevere. Erano anni in cui il manicomio di Roma aveva continuato ad aumentare il numero di degenti senza soluzione di continuità e, nel brulicare di malati, il personale, già scarso numericamente, aveva finito per essere quasi sepolto dalla marea montante dei folli a loro affidati, facendo definitivamente saltare gran parte delle più elementari norme igienico-sanitarie pomposamente celebrate nelle occasioni pubbliche. Contestualmente al trasferimento al lazzeretto viene deciso che parte del personale avrebbe seguito i ricoverati a S. Egidio mentre il restante del corpo infermieri avrebbe continuato il servizio all'interno dell'istituto di via della Lungara. Da un lato i pochi infermieri rimasti al Santa Maria dovevano sopperire alla mancanza dei loro colleghi inviati fuorisede e mantenere comunque un certo regime di profilassi all'interno dell'istituto; dall'altro il personale inviato al lazzeretto era costretto a lavorare in condizioni assolutamente straordinarie, con regole assai rigide dal punto di vista sanitario e turni di servizio continuato. La situazione era tanto grave che *“tutto il personale infermieri [...] è stato trattenuto in servizio continuato nell'istituto [...] fino alla completa scomparsa della malattia”*⁹¹. La direzione e gli amministratori erano ovviamente a conoscenza dei problemi di personale e sapevano benissimo che per mantenere la disciplina,

⁹¹ ASMP, ADS, E, 98; “Colera nel Manicomio. Provvedimenti”.

soprattutto al lazzeretto, sarebbe stato opportuno ingrossare le fila degli infermieri. Mancando però le risorse cercarono di cavarsela con vaghe promesse di incentivi economici che fu subito chiaro sarebbero state disattese. La situazione a quel punto precipitò e non poteva essere altrimenti, in particolare al lazzeretto dove il personale impiegato cominciò a cedere per stanchezza e malcontento abbandonandosi a frequenti e gravi atti d'indisciplina: gli operai della macchina sterilizzatrice e il graduato dell'ufficio d'igiene vennero sorpresi *“eccessivamente presi dal vino”*⁹² nell'esercizio della loro delicatissima funzione, vino che, per ovviare all'isolamento dell'istituto, era stato introdotto scavalcando il muro di cinta per recarsi in un'osteria limitrofa, con buona pace della quarantena; mentre *“una malata, la cuoca Teresa M., aveva la testa piena d'insetti. Il fatto dimostrerebbe [...] che le scrupolose norme igieniche [...] cominciano a non essere osservate dallo stesso personale”*⁹³ che avrebbe dovuto provvedere all'igiene personale dei degenti, soprattutto se impiegati in cucina.

Questi della peste pratese e del colera d'inizio secolo sono ovviamente casi limite in cui un'istituzione in stato di emergenza è costretta a fare di necessità virtù; ma la dipendenza di una istituzione dalla necessità di preservarsi e perpetuarsi è un carattere distintivo che si riscontra anche nella gestione quotidiana delle proprie funzioni.

Per il manicomio novecentesco la costante di riferimento quando si cerchi di ricostruire il suo funzionamento in base all'effettivo regime di vita messo in atto è sempre legato alla sua natura di *“istituzione totale”*⁹⁴, ovvero alla necessità di gestire ogni aspetto della vita di un determinato numero d'individui, in un determinato spazio e con determinate risorse a disposizione. L'intera organizzazione del manicomio rispondeva infatti più a queste tre esigenze che ad altro, comprese le stesse teorie psichiatriche celebrate nelle riviste e nei convegni.

⁹² *Ibidem.*

⁹³ *Ibidem.*

⁹⁴ Cfr. E. Goffman, *Asylums...*, cit., p. 29.

Non faceva eccezione il Santa Maria della Pietà, la cui l'organizzazione era incentrata su quattro cardini fondamentali: unità di luogo e autorità, uniformità di azione e trattamento, imposizione di regole esplicite per ogni azione quotidiana e sottomissione continua al controllo del personale. In questo quadro le congruenze con le teorie psichiatriche sono più il punto d'incontro fra diverse esigenze che non una sequenzialità necessaria tra l'una e l'altra. La tanto celebrata ergoterapia, ad esempio, nella realtà della pratica manicomiale si risolveva quasi esclusivamente nell'assegnazione ai pazienti di tutto un settore di lavori fondamentali all'esistenza dell'istituto e per i quali non era possibile o conveniente utilizzare personale salariato. Di fatto, per la quasi totalità dei pazienti lavoranti, ergoterapia era sinonimo di pulizie, lavori di cucina, giardinaggio ed altri aspetti della manutenzione ordinaria senza i quali l'istituto non avrebbe potuto provvedere alla propria esistenza.

Visto il rapporto numerico tra personale medico-infermieristico e pazienti, pesantemente sbilanciato a favore dei secondi, il Santa Maria non poteva essere, e di fatto non era, un luogo organizzato in base a principi curativi prima che gestionali. L'incredibile affollamento, d'altronde, era tale che nelle cartelle cliniche di molti internati praticamente non ci sono tracce dell'interessamento medico. Ciò vanificava, prima ancora che la cura stessa, proprio la possibilità di un rapporto soddisfacente tra medico e paziente, per cui i principi curativi ispiratori dell'istituto dovevano attuarsi mediante il sistema organizzativo invece che attraverso pratiche terapeutiche mirate. L'incontro tra principi curativi e necessità gestionali si realizzava, quindi, mediante un sistema di gestione organizzata della vita nell'istituto che preservasse gli uni e gli altri, una gestione 'medica' della vita quotidiana dei pazienti. I ritmi scanditi e la quotidianità ripetuta, le regole a cui si doveva sottostare e la continua sorveglianza erano al tempo stesso il sistema di cura e quello di gestione; il compito del paziente, idealmente, era quello sottostare al secondo per dimostrare compiuta la prima.

All'interno di questo microcosmo c'era una divisione netta e irrisolvibile fra i suoi abitanti: lo staff da una parte e gli internati dall'altra. Ai primi venivano attribuiti autorità, rispetto e comando, mentre ai secondi toccavano soggezione, discredito e obbedienza.

All'interno dello staff manicomiale un'ulteriore divisione era quella tra medici e infermieri, con i primi nel ruolo più autoritario e prestigioso e i secondi confinati a stretto contatto con i pazienti con il compito di far da cinghia di trasmissione fra questi e il corpo medico e di far rispettare le regole della vita quotidiana. La divisione all'interno dello staff era anche funzionale a un gioco delle parti che coinvolgeva medici, infermieri e pazienti. Come si è visto nel caso di Luigi R.⁹⁵, i rapporti dei pazienti con lo staff spesso variavano grandemente se come interlocutori avevano i primi o i secondi. Generalmente il medico rappresentava l'autorità molto più dell'infermiere e a lui veniva quindi riservato un comportamento più composto e venivano taciuti, o rivelati, particolari che si ritenevano utili per i propri fini.

Eufemia C., 24 anni, nubile, di Pieve S. Stefano in provincia di Arezzo viene internata al manicomio provinciale di Roma il 16 settembre del 1936 perché affetta da “stato distimico” e perché è riconosciuta come “psicodegenerata”. La sua storia personale al momento dell'ingresso in manicomio è assai turbolenta. Arrivata a Roma a 17 anni per fare la domestica, *“da qualche anno si è fidanzata con un pizzicagnolo il quale dietro promessa di matrimonio l'ha sedotta, da questi ha avuto una bambina [...] ed è nuovamente incinta di 7 mesi, da qualche tempo [il pizzicagnolo] ha detto che non voleva sposarla”*⁹⁶. Tradita e ferita Eufemia decide di vendicarsi e *“con un rasoio l'ha aggredito tentando di sfregiarlo”*⁹⁷. Immediatamente arrestata, dopo un mese di carcere viene rilasciata e rimpatriata ad Arezzo, ma di lì riparte subito, il giorno stesso, per recarsi nuovamente a Roma: *“non è andata neppure a trovare i genitori*

⁹⁵ Cfr. in questo lavoro pp.23-31.

⁹⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Eufemia C., 1937.

⁹⁷ Ivi.

e la figlia, la quale è presso i genitori, per timore dei fratelli, (ne ha quattro) e tre sorelle [sic] [...] È arrivata a Roma sabato scorso, ha telefonato al fidanzato dicendole che non fosse stato tanto tranquillo perché essa era nuovamente qui [sottol. orig.], è stata da questi denunciata e domenica è stata arrestata”⁹⁸; poi, una volta in questura, Eufemia tenta di suicidarsi e viene inviata al manicomio. Al Santa Maria Eufemia si presenta pulita, tranquilla, ordinata e servizievole in quanto spera di uscire presto perché “preferisce sgravarsi in altro ospedale”⁹⁹, ma al personale del Santa Maria sono arrivate la modula e le relative informazioni dalla questura che la fanno immediatamente bollare come una paziente “con tendenze criminali” e “immorale”. Eufemia vorrebbe uscire e negli interrogatori con il personale medico si mantiene sulla difensiva; ma durante la degenza qualcosa non funziona. Probabilmente la gestazione e la paura di partorire in manicomio accrescono l’insofferenza al ricovero e il disagio. Sola, sedotta e abbandonata, internata in manicomio e con una seconda figlia in arrivo, Eufemia crolla e commette un errore gravissimo: mal valutando il rapporto con il personale infermieristico si confida con un’infermiera. Non si sa cosa le abbia detto ma il diario nosografico riporta la segnalazione che “sta tacendo alcuni particolari importanti, che però ha confessato ad una infermiera”¹⁰⁰. È la fine. La cinghia di trasmissione che dai reparti porta alla direzione si mette in moto immediatamente, le informazioni passano dalla corsia al primario di reparto ed Eufemia viene segnalata come “da tenersi in vista per tendenza alla fuga e per tendenze sessuali [sottol. orig.]”¹⁰¹. Le possibilità di essere dimessa prima del parto a questo punto si azzerano. Il 19 novembre partorisce in manicomio un maschio che verrà riconosciuto e affidato al brefotrofio di Roma; poi la degenza si trasforma in un calvario, un continuo confronto con l’istituto: prima prende a “malvolere un’altra

⁹⁸ Ivi.

⁹⁹ Ivi.

¹⁰⁰ Ivi.

¹⁰¹ Ivi.

malata e ha minacciato di farle del male”¹⁰², poi *“ha preso a calci la suora Capo padiglione minacciando di vendicarsi di pretese persecuzioni [e] deve essere contenuta con le fascie [sic] ai polsi*”¹⁰³. Eufemia scivola lentamente dai padiglioni più accoglienti a quelli più duri e infine a quello delle criminali dove *“tenta di sobillare le altre ammalate [...] ad atto di ribellione*”¹⁰⁴. La vicenda di Eufemia al Santa Maria della Pietà si conclude con il trasferimento al manicomio di Arezzo dopo sette mesi e mezzo di degenza.

In questa vicenda troviamo alcuni elementi tipici del modo di vivere del manicomio novecentesco: il gioco dei ruoli tra i diversi componenti dello staff, l’effetto della sorveglianza continua e le difficoltà dei pazienti nel ritagliarsi un proprio spazio privato.

L’altra metà del cielo in manicomio erano gli internati: rispetto allo staff la posizione di questi era molto più complessa e problematica. Al di là dei proclami ufficiali, per inserire un internato nella vita manicomiale occorreva attivare delle pratiche ben precise per assoggettarlo alla “quotidianità terapeutica” dell’istituto. I passi fondamentali per inserirlo nel regime di vita interno dell’istituto erano principalmente tre: spoliazione, disumanizzazione e controllo.

La prima pratica, quella della spoliazione, avveniva tanto su un piano fisico che a livello di identità: i primi passi di un’ammissione erano generalmente la rasatura, la vestizione con le divise manicomiali e l’appropriazione da parte dello staff della storia individuale e dell’etichettamento del paziente. In questo modo il malato veniva letteralmente spogliato della propria identità esterna e poi rivestito con i panni del folle. Non era raro che i pazienti si ribellassero a queste pratiche, soprattutto al taglio dei capelli che a molti ricordava un ritorno all’infanzia, ma proprio questo ritorno a uno stato di minorità infantile era uno degli obiettivi principali del cerimoniale di ammissione. In queste pratiche, infatti, tutto era volto ad appropriarsi

¹⁰² Ivi.

¹⁰³ Ivi.

¹⁰⁴ Ivi.

dell'individuo e prepararlo a una ridefinizione della sua identità secondo i canoni manicomiali. Una volta entrato in manicomio un folle perdeva potere legale su se stesso e tale mancanza restava operativa fino alla riconsegna a terzi; solo in seguito avrebbe potuto riottenere il suo status di persona adulta a pieno titolo. Tale spoliazione, oltre essere un indubbio portato della mentalità psichiatrica dell'epoca, era altamente funzionale all'inserimento del paziente nella vita manicomiale. Il punto era evitare che tra il modo in cui i pazienti vedevano se stessi e lo staff e quello preteso dall'istituto ci fossero incomprensioni: lo staff era nel giusto e comandava mentre i pazienti erano tenuti ad adeguarsi e obbedire; tutto ciò che si discostava da questo principio fondamentale avrebbe sconvolto la vita manicomiale e minacciato il corretto funzionamento dell'istituto. Tale carattere era insito nel modello di istituzione totale abbracciato dagli istituti manicomiali ed ancora negli anni '60 del Novecento viene mirabilmente espresso per bocca del Grande Capo Ramazza nel romanzo *Qualcuno volò sul nido del cuculo* di Ken Kesey: *“Un paziente felicemente dimesso [...] è un prodotto che colma di gioia il cuore della Grande Infermiera [...] ma un'accettazione è tutt'altra cosa. Anche il ricoverato dal comportamento più lodevole non può non necessitare di un lavoro affinché si adatti alla routine, e, inoltre, non si può mai sapere, potrebbe arrivare quel certo individuo così ribelle da intorbidire le acque a destra e a sinistra, da causare davvero un diavolo di disordine e da costituire una minaccia per il funzionamento senza intoppi del reparto E [...] la Grande Infermiera va realmente in bestia se qualcosa impedisce al suo reparto di funzionare senza intoppi”*¹⁰⁵.

Fin dal momento dell'ammissione, la spoliazione e la ridefinizione si basavano sulla degradazione del paziente. Come già scritto, il principio di spoliazione portava con sé una riduzione dello status individuale del paziente e questa era funzionale alla sottomissione alla vita regolata e fortemente gerarchica dell'istituto. Tale processo di degradazione era però funzionale anche alla possibilità per lo staff di svolgere pienamente le

¹⁰⁵ Ken Kesey, *op. cit.*, p. 55.

proprie funzioni: quel che si doveva evitare era la possibilità che tra pazienti e staff, in particolare gli infermieri, s’inserisse un livello di empatia e compartecipazione eccessivo che avrebbe finito per impossibilitarlo nelle sue funzioni. Senza una sorta di “controantropomorfismo”¹⁰⁶ sarebbe stato impossibile gestire il sistema delle punizioni, delle privazioni e delle terapie di shock che stavano alla base dell’autorità medico-infermieristica. Per attuare pratiche disciplinari molto dure, come legare un individuo in letto per periodi anche di vari mesi, il preteso beneficio terapeutico non bastava da solo a sostenere lo staff nelle proprie funzioni; era fondamentale gettare discredito sulla persona punita, tenerla distante e in uno stato di delegittimazione. È il paradosso del manicomio novecentesco, dove all’affermarsi dell’irresponsabilità penale del folle si accompagna un sistema di punizioni basato sulla presunzione che il paziente sia responsabile dei propri comportamenti sbagliati. Questo processo porta a un particolare rapporto tra i pazienti e i loro carcerieri, per cui a volte, come ne *Il portiere di notte*¹⁰⁷ di Liliana Cavani, i reclusi finivano per ‘innamorarsi’ del proprio ‘carceriere’.

Attilio P. ha 36 anni quando viene internato nel Santa Maria perché affetto da delirio paranoico. Padre di cinque figli, lavora come magazziniere a Genova dove “*un giorno ebbe l’illuminazione di scrivere a Mussolini per protestare del suo principale che non gli dava l’assegno di famiglia*” e, beata innocenza, “*per abbreviare le distanze sociali*” e ottenere “*la pace universale*”¹⁰⁸. Ben presto si convince che non basta scrivere al capo del governo e si reca a Roma per consegnare personalmente il plico. Giunto nella capitale chiede aiuto agli agenti del commissariato della stazione

¹⁰⁶ Il “controantropomorfismo” è la tendenza opposta a quella ben nota di attribuire caratteristiche umane a oggetti e forze inanimate, quindi consiste nell’attribuire qualità impersonali a fenomeni prettamente umani. Nel caso del manicomio si trattava quindi della possibilità, per lo staff, di nascondersi dietro un sé strumentale e una responsabilità di ruolo del tutto deindividualizzata e al tempo stesso di saper all’occorrenza de-individualizzare il folle al rango di elemento impersonale. Cfr. Stanley Milgram, *Obbedienza all’autorità*, Einaudi, Torino 2003.

¹⁰⁷ Liliana Cavani (regia di), *Il portiere di notte*, Italia 1974.

¹⁰⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Attilio P., 1937.

Termini che lo mettono subito in stato di fermo. A Roma non era raro per le forze dell'ordine avere a che fare con mitomani che pretendevano di parlare con il Re, con Mussolini e il Papa, e molti, soprattutto quelli più eccentrici, venivano immediatamente spediti al manicomio. Di certo non poteva essere diversamente per Attilio che, nonostante la magnanimità con cui *“dice che se non può parlare col Duce si accontenterebbe di parlare col Papa”*¹⁰⁹, straparla anche di visioni allucinatorie. Come da consuetudine, al suo ingresso in manicomio Attilio viene sottoposto alle pratiche di ammissione: bagno, capelli, divisa e interrogatorio. Ma Attilio non ci sta, si ribella e fa resistenza a delle pratiche cui non intende sottostare; soprattutto il taglio dei capelli scatena la sua ostilità al punto da costringere gli infermieri ad assicurarlo con le fasce al letto di degenza. Durante la degenza, durata circa tre mesi, il rapporto di Attilio con il manicomio non cambia di molto: è sempre più o meno agitato e bisogna costantemente legarlo al letto per contenerlo. Nella sua cartella clinica le tracce di un interessamento medico sono ancora una volta pressoché nulle: è probabile che essendo residente a Genova e nativo di Lucca sia stato fin da subito considerato come un paziente di passaggio e non abbia destato grande interesse. Però non può essere ignorato dagli infermieri che devono gestirlo per un intero trimestre ed evitare che diventi una turbativa per l'istituto. E proprio nel rapporto tra paziente e infermieri il comportamento di Attilio cambia e si nota tutta la forza del processo di discredito del paziente: nonostante sia stato tenuto legato per lunghi periodi Attilio ha ormai talmente introiettato la propria 'colpa' che alla proposta di essere slegato fattagli da un infermiere *“dopo averci pensato un poco ha risposto che era meglio lasciarle non sentendosi sicuro di se e che ne avrebbe avuto dispiacere qualora fosse stato costretto a far passare un dispiacere al sottoscritto [infermiere]”*¹¹⁰.

A completare il quadro della vita manicomiale dei pazienti c'era la situazione di totale controllo cui erano sottoposti. Tale controllo avveniva

¹⁰⁹ Ivi.

¹¹⁰ Ivi.

sia in maniera indiretta, ovvero attraverso l'inserimento in un regime di vita rigidamente scandito e organizzato, sia in maniera diretta, attraverso la continua sorveglianza. Il caso di Eufemia esprime chiaramente tutta l'incidenza dell'enorme difficoltà per i degenti di ritagliarsi uno spazio privato dove vivere e manifestare le proprie emozioni al riparo dell'onnipresente sorveglianza dello staff. Questo stato di cose poteva essere insostenibile, come nel caso di Eufemia, in quanto finiva per comprimere fino quasi ad annullarla completamente la possibilità di tenere separati diversi ambiti della propria vita e della propria personalità come invece accade nella vita libera. Le strutture di controllo erano inoltre operative anche in virtù del carattere di istituzione totale che aveva il manicomio, per cui la segregazione in uno spazio a parte e il continuo controllo degli sporadici contatti con l'esterno servivano ad eliminare il più possibile la compresenza di tendenze e interpretazioni diverse da quella proposta dal manicomio, funzionale, come nel caso di Attilio, all'adattamento pedissequo ai criteri pretesi dal manicomio. Per il manicomio si trattava di contenere il più possibile e indirizzare a proprio vantaggio il labirinto di forze operanti in una situazione sociale, e tutto o quasi era concepito per assolvere a questa funzione.

Anche la stessa struttura architettonica del nuovo manicomio di Monte Mario era funzionale a queste esigenze. La maestosità dell'arco d'ingresso e dell'edificio della direzione del Santa Maria servivano da diaframma fra l'interno e l'esterno del manicomio: un utilizzo dello spazio fisico che era un monito a pazienti e visitatori a recepire l'autorevolezza e il prestigio dell'istituzione e definire senza fraintendimenti i ruoli in campo.

Dietro il complesso monumentale all'ingresso, arco e direzione, si snodava tutto il resto del manicomio e anche in questo caso la correlazione fra lo spazio fisico e quello mentale era strettissima. Il sistema architettonico del manicomio di Monte Mario prevedeva una serie di padiglioni autonomi costituiti da palazzine stile liberty, ognuna delle quali rappresentava un mondo di vincoli e di identificazioni date al paziente. Dal momento che la

divisione per padiglioni continuava ad essere concepita principalmente per categorie comportamentali invece che nosografiche, cosa altamente funzionale all'aspetto gestionale, le varie palazzine si distinguevano per imponenza dei dispositivi di sicurezza, per tipo di vita concesso al loro interno e per l'etichetta assegnata ai suoi occupanti. Questa organizzazione spaziale finiva spesso per corrispondere al livello raggiunto dal paziente sulla via della normalizzazione. Se si escludono alcuni padiglioni 'speciali', come il reparto osservazione o il padiglione infantile, la maggior parte dei padiglioni sembrava più che altro differenziarsi per il diverso grado di privilegi concesso ai pazienti che vi erano ospitati. In questo modo il sistema organizzativo del Santa Maria poteva far leva non soltanto sul premio ultimo della dimissione, ma anche su tutta una serie di piccoli privilegi che, di padiglione in padiglione, formavano una piccola scala gerarchica dallo status infimo di folle soggetto alle peggiori restrizioni a quello di paziente in via di dimissione. Torniamo di nuovo al Grande Capo Ramazza, il nostro fine osservatore dell'universo manicomiale, e sentiamo come descrive questo particolare aspetto della vita manicomiale: *"i Cronici non se ne vanno molto in giro, e gli Acuti preferiscono starsene dalla loro parte, adducendo ragioni come il fatto che il lato dei Cronici puzza più di un pannolino sporco [...] Ma, io lo so, non è tanto il fetore a tenerli lontani dal lato dei Cronici, quanto il fatto che non gli piace ricordare che anche a loro potrebbe capitare di finire lì, un giorno. La Grande Infermiera si rende conto di questa paura e conosce il modo di sfruttarla: ogni volta che un Acuto mette il broncio, gli fa rilevare: fate i bravi ragazzi voi e facilitate la politica del personale, che è stata studiata per guarirvi, altrimenti finirete da quella parte"*¹¹¹.

In queste poche righe c'è tutto il potere dell'organizzazione manicomiale: identificazione fra regime di vita e cura, strapotere dello staff e minaccia costante di essere degradati nella scala sociale interna al manicomio. Sempre nelle pagine di Kesey, stavolta per bocca del povero Fredrikson, si

¹¹¹ Ken Kesey, *op. cit.*, p.26.

legge un'ulteriore puntualizzazione sul sistema di governo dei folli: *“Okay, prova a dire così e vieni segnato come Potenzialmente Aggressivo, e spedito di sopra nel reparto Agitati. È successo a me. Tre volte. Quei poveri idioti lassù non escono dalla corsia nemmeno per andare a vedere il film del sabato pomeriggio. Non hanno nemmeno un televisore. E, amico mio, se lei continua a dar prova di tendenze così ostili, come ad esempio dire alla gente di andare al diavolo, viene messo in nota per l'officina dello Shock, o forse anche cose peggiori, un intervento chirurgico”*¹¹². Ecco la forza dell'organizzazione manicomiale riportata alla sua dimensione più misera e quotidiana: separazione per categorie comportamentali, sistema di privilegi e ricompense per condizionare il comportamento e minaccia di aggressioni fisiche legalizzate per gli incoercibili.

Questo meccanismo di gestione è in gran parte connaturato al carattere di istituzione totale con la quale era nato e si era affermato il manicomio: non dissimile, infatti, era il sistema in uso nel manicomio provinciale di Roma nel primo dopoguerra.

Oreste D.V., 41 anni, muratore, nato e residente a Roma nel rione Campitelli, nel settembre del 1914 viene internato al Santa Maria della Pietà. La modula a suo carico inviata dalla questura parla di delirio paranoide allucinatorio su pregresso alcolismo e racconta una storia personale anche in questo caso assai turbolenta. Quella di Oreste è una storia di contrasti violenti nel rione Campitelli, una storiaccia che solo il caso non ha trasformato in cronaca nera. In osservazione narra *“di essere stato perseguitato da tutto il rione”* e che una volta *“ha dato querela a due giovanottelli che gli avevano detto certe parole [di cui] non si può dirne il contenuto”*¹¹³ ma che vengono spiegate dall'estensore del diario nosografico in un secondo momento: *“Per strada gli dicevano «froschio»”*¹¹⁴. I contrasti non si fermano però agli insulti e alle querele e ben presto degenerano in uno scontro violento. Prima una rissa, probabilmente in osteria, dove *“fu*

¹¹² Ivi, p. 90.

¹¹³ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Oreste D.V., 1937.

¹¹⁴ Ivi.

ferito da due giovanottelli de la mala vita” e a sua volta “ ha ferito uno di loro con una bicchierata”¹¹⁵, poi il gioco comincia a farsi pesante e lo porta in manicomio: “sotto casa sua aveva sentito dire da un parente di quello che aveva ferito: te sparo”, quindi decide di comprarsi una rivoltella che però gli viene sottratta dagli stessi “giovanottelli” con i quali era in contrasto. Allora è “andato in questura a denunciare il fatto [dove] è stato maltrattato, poi dal maresciallo è stato redarguito e mandato al manicomio”¹¹⁶.

Una volta in manicomio la storia di Oreste perde ogni legame con gli avvenimenti del rione e si trasforma in una vicenda manicomiale. Subito dopo il periodo di osservazione viene mandato al reparto Pini per degenti tranquilli dove però comincia a dare problemi, si sente perseguitato e accusa gli stessi infermieri di essergli ostili. Tale atteggiamento convince il personale del Pini a inviarlo in un reparto più adatto al suo stato di agitazione e viene quindi trasferito alla Casa Colonica per semiagitati. Fin da subito, in questo nuovo reparto, Oreste percepisce chiaramente di essere stato degradato a vivere in condizioni meno confortevoli delle precedenti e si ribella prendendo a minacciare gli infermieri di prendersela con loro se non lo rimandano al reparto Pini. Le minacce non sortiscono altro effetto che un’ulteriore degradazione, Oreste viene riconosciuto incompatibile anche con la Casa Colonica e inviato all’ancor più restrittivo reparto Speranza per agitati. Poco più di un mese dopo il trasferimento in questo nuovo reparto il diario nosografico riferisce che *“È rimasto in questi giorni sempre tranquillo per la promessa che gli è stata fatta in seguito alle sue insistenze di trasferirlo al reparto Pini. Ora dice che non accontentandolo in questo suo desiderio lo si provoca: lo si trasferisce quindi [al reparto Pini] per evitare stati di reazione”¹¹⁷*. Oreste sembra a questo punto essersi piegato al sistema dei premi e delle ricompense che il manicomio mette in atto attraverso la divisione disciplinare dei padiglioni, un sistema che

¹¹⁵ Ivi.

¹¹⁶ Ivi.

¹¹⁷ Ivi.

sembra anche aver compreso e saper in parte gestire. Ben presto, però, torna ad essere irrequieto e ingestibile per il nuovo reparto finché, durante il secondo periodo al Pini, sei mesi dopo l'ingresso in istituto, prima *“con un pugno rompeva dei vetri alla porta del refettorio, per richiamare l'attenzione dell'autorità sul suo caso e per compromettere il medico”*¹¹⁸; poi, pochi giorni dopo, minaccia il suicidio in caso di mancata dimissione. La strategia di Oreste fallisce miseramente, tant'è che, *“per ovvie ragioni”*¹¹⁹, viene immediatamente rispedito al reparto Speranza. Ancora una volta il sistema dei padiglioni ottiene l'effetto desiderato e pochi mesi dopo, al termine di un periodo senza rilievi comportamentali, la traccia documentaria lo coglie nuovamente a Casa Colonica, che, se non è il Pini, di certo è molto meglio della Speranza. Ma alla Casa Colonica ben presto le cose degenerano e Oreste *“minaccia il suicidio se non viene ricondotto subito al Pini”* e *“inveisce contro gli infermieri che gli hanno detto =froschio= e lo hanno accusato di farsi dare nel c.”*¹²⁰. A questo punto della vicenda le cose iniziano a complicarsi e i conti finiscono per non quadrare più. Le accuse di omosessualità e i problemi derivanti da tale comportamento cominciano a farsi sempre più pressanti e si affiancano alle consuete motivazioni comportamentali nel decidere il passaggio da un reparto all'altro. In questo caso, infatti, le escandescenze di Oreste trovano una diversa reazione da parte del primario di reparto che, invece di rimandarlo alla Speranza, come sarebbe stato logico, lo rimanda al Pini dicendo di *“non avere più posto dove collocare i pagliari sul pavimento”*¹²¹, ovvero adducendo come motivazione della 'promozione' l'affollamento del reparto.

Nel nuovo reparto la situazione non migliora e dopo un breve periodo viene messo in consegna speciale perché *“spesso si lagna di accuse contro la sua onorabilità; gli dicono «froschio» (allucinazioni uditive) e accenna anche alle*

¹¹⁸ Ivi.

¹¹⁹ Ivi.

¹²⁰ Ivi.

¹²¹ Ivi.

pratiche sodomitiche delle quali durante la notte sarebbe vittima” e perché “copre fogli interi di ricorsi e proteste contro il proprio internamento, che poi cerca di mandar fuori dall’istituto, consegnandoli a parenti che vengono a visitarlo: si sospendono pertanto le visite”¹²². In questo caso Oreste viene punito e privato di un privilegio quali potevano essere le visite, ma non al solo gioco delle punizioni e delle ricompense si riduce questo impedimento alle visite. Qualcosa nelle accuse di Oreste non torna e le vicende che seguiranno sembrano confermare i sospetti: di certo c’è che il manicomio, con l’annullamento delle visite, non stava solamente punendo il paziente irrequieto ma stava anche controllando le relazioni e il flusso d’informazioni con l’esterno. Il dottor Bardamu racconta che “al tramonto, facevamo rientrare tutta la nostra gente dopo aver fatto lunghi appelli, e passavamo ancora per le camere soprattutto per impedire agli eccitati di toccarsi con troppa frenesia prima di dormire. Il sabato sera era molto importante frenarli e farci molta attenzione, perché la domenica quando vengono i parenti, è brutto per la casa [di salute] quando li trovano masturbati a morte, i pensionanti”¹²³. Anche il Santa Maria della Pietà si riservava questo diritto di gestire la rappresentazione di se stesso che avrebbe offerto ai parenti dei pazienti, pure se, in questo caso, semplicemente sopprimendola. Quello che insospettisce è questa improvvisa necessità di chiudere i canali di comunicazione con l’esterno che improvvisamente si manifesta come esigenza primaria.

A confermare che qualcosa di strano era intervenuto a modificare lo status di Oreste sono le continue e reiterate accuse che lancia nel prosieguo della degenza, per cui ora “credeva che gli infermieri lo avessero sodomizzato” ora “dice che al reparto speranza tutti gli volevano male, lo ingiuriavano, gli minacciavano di legarlo e compiere su di lui atti osceni”¹²⁴, tutte accuse che gli valsero non solo continui trasferimenti verso i padiglioni ‘punitivi’

¹²² Ivi.

¹²³ Luis-Ferdinand Cèline, *Viaggio al termine della notte*, Corbaccio, Milano 1992, p. 475.

¹²⁴ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Oreste D.V., 1937.

ma anche il regime d'isolamento quando riusciva a guadagnarsi un periodo al Pini.

Lentamente la degenza di Oreste 'scompare': tra il '16 ed il '19 continuano il periodo di alti e bassi nel regime comportamentale e i conseguenti spostamenti di reparto; poi, alla fine del '19, con l'opposizione della direzione alla dimissione in famiglia, nelle fonti documentarie si crea un vuoto che dura fino al trasferimento alla nuova sede di Monte Mario, nel gennaio '24, quando l'inserimento nel nuovo istituto ravviverà l'interesse per le sue vicende.

Anche nella nuova sede il comportamento di Oreste è un continuo alternarsi di periodi di eccitazione e periodi di relativa calma, e anche qui la risposta dell'istituto sarà praticamente nulla dal punto di vista strettamente terapeutico e tutta incentrata sul sistema gestionale: un via vai continuo tra reparti in base al comportamento tenuto. È però in questo periodo che i nodi relativi all'omosessualità e alle accuse di sodomia sembrano venire al pettine; nel '26 inveisce contro un medico *“dicendo che lui non è un «paraculo» e non tollera che gli si faccia uscire sangue dall'ano, come gli è successo la notte scorsa”*¹²⁵. Niente di nuovo, apparentemente, ma i referti sullo stato medico del paziente lo riferiscono affetto un prolasso rettale per il quale *“non vuole sottoporsi ad alcuna cura”*¹²⁶. Non una prova ma di certo nemmeno la cancellazione dei sospetti.

Come si è visto, il nuovo istituto di Monte Mario non era granché differente dal vecchio nell'uso del sistema dei privilegi e dei reparti comportamentali. Giuseppe C.¹²⁷, cantoniere ferroviario di Capranica, quarantenne, internato nel 1932 per delirio paranoide, in sette anni di degenza viene trasferito venti volte da un reparto all'altro, una media di circa un trasferimento ogni quattro mesi. Nel suo caso, come fin troppo spesso accadeva, i trasferimenti erano legati all'acquisizione del privilegio di andare in un padiglione più confortevole, il XX, quello dove si lavorava e si godevano maggiori benefici

¹²⁵ Ivi.

¹²⁶ Ivi.

¹²⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giuseppe C., 1944.

e libertà, e a continue retrocessioni verso padiglioni meno liberi come il X, per gli agitati, il XIV e il XVI, per i semiagitati.

Questo sistema per funzionare doveva essere però comprensibile e compreso anche dagli stessi pazienti, altrimenti il principio del bastone e della carota non avrebbe potuto dare frutti. Come Fredrikson, anche i pazienti del Santa Maria erano ben consapevoli di come stessero le cose: Giuseppe C. sapeva benissimo che al XX padiglione si stava meglio che altrove e il suo rimbalzare da un reparto all'altro era la risultante fra un'agitazione spesso incontenibile e l'esigenza di un regime di vita più confortevole. Antonio V., ebanista romano di 46 anni, internato per stato confusionale ed epilessia nell'ottobre del 1936, "*riferisce che [ha] avuta un perquisizione dalla P.S. trovandogli degli opuscoli sovversivi e così lo hanno portato dentro dato che il malato padisce [sic] di attacchi epilettici [sic] e così lanno [sic] mandato qui*"¹²⁸. Una volta nell'istituto è ben consapevole che il suo stato di 'sovversivo' lo condanna al reparto criminali nel XVIII padiglione: per scongiurare l'ipotesi mantiene per l'intero periodo d'internamento un comportamento irreprensibile, riuscendo infine ad evitare il temuto trasferimento. Altre volte era la semplice possibilità di fumare a funzionare da stimolo all'obbedienza. Grandi o piccoli che fossero i vantaggi cercati, sono comunque numerosissimi i casi in cui emerge chiaramente la consapevolezza degli internati riguardo al funzionamento del sistema dei privilegi e delle punizioni attuato nei padiglioni.

Questo sistema dei premi e delle ricompense attuato nel manicomio di Roma era possibile in quanto l'istituzione si era appropriata quasi completamente della vita del paziente. Questa appropriazione consisteva non solamente nella vera e propria appropriazione fisica dell'individuo internato, ma anche nell'appropriazione del suo tempo, dei suoi rapporti e dei suoi interessi. Nella vicenda di Oreste era chiarissima la manipolazione dei rapporti fra internato e rete familiare all'esterno del manicomio, mentre in quella di Eufemia risaltava la capacità di eliminare la sfera del privato,

¹²⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Antonio V., 1937.

che possiamo definire il retroscena, e di costringere l'individuo a una costante immersione in una situazione pubblica e, a modo suo, formale. Tali qualità del manicomio non erano ovviamente assolute e invalicabili: la cortina eretta tra interno ed esterno dell'istituto era costantemente violata dall'azione dei parenti di un degente e nemmeno il tentativo di sopprimere completamente la possibilità di ritagliarsi uno spazio intimo e privato venne completamente frustrata.

Nell'ottobre del '36 giunge una lettera al direttore Giannelli. A firmarla sono "i parenti del XII padiglione" i quali si rivolgono al direttore al fine "*di voler provvedere al più presto, se non vuole che ci rivolgiamo al prefetto [sottol. orig.] Si tratta che il XII padiglione non è per ammalati di petto. Un mese fa è morto uno, con malattia tubercolosa. Non abbiamo fatto nessun ricorso, sperando che i professori avrebbero provveduto per gli altri", ma siccome nulla è accaduto "ci siamo informati che per gli ammalati di petto e sifilitici ci stanno dei padiglioni adatti per questi malati: perché dunque tenerli al XII padiglione? [...] se domenica prossima in corsia troviamo ancora questi ammalati [...] ci costringe a rivolgerci al Prefetto"¹²⁹. In questo caso, uno dei tanti, il confine tra interno ed esterno eretto dall'istituzione manicomiale è stato violato dalle famiglie dei pazienti che hanno saputo intervenire e interferire nelle condizioni di vita dei propri parenti internati.*

All'interno dell'istituto, inoltre, potevano anche instaurarsi nuove relazioni affettive tra i pazienti che sopperissero alla mancanza di una sfera intima e privata.

Iole G., donna di casa, nel dicembre del '32 viene internata al Santa Maria per morfinismo. Ha 33 anni e la sua storia di dipendenza dalla morfina risale a molto tempo prima, quando divenne tossica in seguito a coliche epatiche. Non era una rarità, all'epoca, che la dipendenza da morfina derivasse da contatti con l'ambiente medico; gran parte delle persone internate per morfinismo, tra cui gli ex combattenti della Grande Guerra, era entrata in

¹²⁹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Francesco B., 1935.

contatto con la morfina a seguito di prescrizioni mediche quando non si trattava di medici veri e propri. Vista la diversa incidenza quantitativa e la natura di ‘effetto collaterale’ delle cure mediche, le dipendenze da eroina e morfina destavano allarme sociale e discredito molto minori che non ai giorni nostri. Per Iole, come per quasi tutti gli altri tossici internati, le misure adottate dall’istituto psichiatrico per risolvere la sua dipendenza erano di tipo esclusivamente medico, senza ulteriori indagini psicologiche e senza che l’etichetta di tossicodipendente acquisisse quei connotati infamanti che sarebbero venuti con la guerra del Vietnam e il suo dilagare per scopi contro-culturali e ricreativi¹³⁰.

Di fatto, quindi, la cura si limitava a un periodo in cui si scalavano le dosi seguito da un secondo periodo di astinenza propedeutico alla guarigione. In tali condizioni il rischio di ricadere nel vizio era altissimo e infatti Iole, che accenna a precedenti internamenti di cui però non restano tracce documentarie, viene internata altre quattro volte nel corso del quinquennio successivo. Nel corso dei ripetuti internamenti Iole prende sempre più dimestichezza con l’ambiente e le regole manicomiali: in più di un’occasione si presenta spontaneamente all’istituto per cure disintossicanti e lo fa in maniera molto organizzata: certificati medici, autorizzazioni, dettagliati resoconti dei pregressi internamenti e chiare indicazioni sulla tutela legale. Anche all’interno del manicomio i ripetuti periodi d’internamento le hanno consentito di crearsi un mondo di affetti e relazioni, soprattutto “le amiche del padiglione III” che le danno sostegno durante il difficile periodo di disintossicazione¹³¹.

Nonostante le possibilità di destreggiarsi tra le maglie spesso larghe dell’istituzione manicomiale, il principio di appropriazione funzionava comunque a pieno regime riuscendo a impossessarsi del tempo e degli interessi dell’individuo per circuirli al fine di inglobarli nel proprio mondo e ad esso conformarli.

¹³⁰ Cfr. M. Barbagli, A. Colombo, E. Savona, *Sociologia della devianza*, il Mulino, Bologna 2007, p. 74.

¹³¹ Cfr., ASMP, *Cartelle cliniche*, Iole G., 1937.

Quello che veniva a configurarsi, a prescindere dalle innumerevoli possibilità di resistenza, era un sistema di manipolazione degli individui attuato per mezzo dell'organizzazione della vita¹³². Nel momento in cui la vita veniva regolata e scandita dall'organizzazione manicomiale anche nel più microscopico dei fatti quotidiani, come l'accesso ai servizi igienici o le scelte alimentari, e al tempo stesso veniva sottoposta a una struttura di controllo continuo e sempre pronto a rimarcare ogni divergenza dalla linea proposta, allora per i ricoverati si comprimevano le possibilità di gestione della propria individualità e della propria identità. In questo modo le esigenze gestionali finivano per funzionare anche come sistema curativo, perché costringere i ricoverati ad accettare il regime di vita proposto dall'istituto finiva quasi sempre per identificarsi con la capacità del paziente di poter accettare, una volta fuori, il modello comportamentale richiesto dalla società.

¹³² Per comprendere appieno la forza del sistema organizzativo nel manipolare e influenzare le persone si pensi all'esperimento dello Elgin State Hospital (Illinois) in cui 29 membri dello staff ospedaliero sono stati rinchiusi per tre giorni nel loro reparto psichiatrico con il ruolo di 'pazienti': "In breve tempo i finti pazienti hanno cominciato a comportarsi in maniera indistinguibile da quelli veri: sei hanno cercato di evadere, due si sono chiusi in se stessi, due sono scoppiati in pianti irrefrenabili, uno è finito a un passo dal crollo nervoso" (N.J. Orlando, *The mock ward: A study of simulation*, in O. Milton (a cura di), *Behavior disorders: Prospective and Trends*, Lippincot, Philadelphia 1973, pp. 162-170, cit. in P. Zimbardo, *op. cit.*, p. 372).

2. Lo scemo del villaggio: etichettamento e carriera dei malati di mente

Il fatto si è che ogni scrittore crea i suoi precursori. La sua opera modifica la nostra concezione del passato come modificherà il futuro¹³³.

È la maggioranza che decide quello che è folle e quello che non lo è¹³⁴.

È il 9 gennaio del 1936, l'eco dei giorni di festa si è appena spento quando un uomo e un ragazzo attraversano le strade di Monte Mario coprendosi con i loro miseri abiti. Vengono da un piccolo paese ai piedi dei monti Lepini, in provincia di Roma, sono diretti verso l'imponente portale del manicomio Santa Maria della Pietà e solo tre mesi prima un osservatore avrebbe potuto vederli compiere il tragitto inverso. Sono padre e figlio e si stanno recando al manicomio di Roma per internare nuovamente il ragazzo.

Gaetano C., questo il nome del ragazzo, ha conosciuto per la prima volta il manicomio il 13 giugno del 1933, all'età di 12 anni, quando venne internato per uno stato di eccitamento in debole di mente poi rettificato in frenastenia biopatica.

¹³³ Jorge L. Borges, *Altre inquisizioni*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 108.

¹³⁴ Luis F. Céline, *op. cit.*, p. 72.

Gaetano è un ragazzo doppiamente sfortunato perché è un “debole di mente” ed è povero. Al di là delle complesse definizioni mediche, la realtà dei fatti è semplicemente questa: Gaetano è un ritardato e la famiglia è troppo povera per occuparsene.

Se Gaetano sia stato un ragazzo agitato o scandaloso non si sa, l’ipotesi più plausibile è che non lo sia stato. Il registro nosografico del suo primo internamento brilla per brevità e disinteresse e questo lascia propendere per un ragazzo docile e tranquillo, altrimenti il dispositivo di controllo del manicomio non avrebbe certamente mancato di rimarcare manchevolezze e comportamenti scorretti: era nel suo codice genetico e due anni d’internamento riassunti in una pagina possono essere un valido indizio. Anche al momento della dimissione, quando finalmente si risveglia l’interesse dello staff nei suoi confronti, le informazioni riportate sembrano avvalorare le ipotesi su un ragazzo remissivo e composto. Il primo di ottobre del 1935, dopo 26 mesi d’internamento, Gaetano viene riconsegnato al padre perché *“avendo compiuto 14 anni e non presentando alcuna pericolosità, essendo anche in grado di provvedere a se stesso e di essere adibito a semplici lavori (ha appreso a servire la messa) se ne propone la dimissione”*¹³⁵. Non sussistono più gli estremi per l’internamento e Gaetano torna a casa in tempo per le feste natalizie.

Ma servire la messa non serve a molto fuori del manicomio e tre mesi dopo Gaetano sarà nuovamente in istituto, forse per sempre.

In manicomio per Gaetano c’è una prima brutta sorpresa: ormai ha 14 anni e non può più essere tenuto nel reparto infantile, deve stare con gli adulti. Non capisce il perché di questo nuovo internamento, *“dice di non aver fatto nulla di male per essere ricondotto in questo luogo”* e poi piange, piange parecchio e si lamenta chiamando la madre perché lo porti via di lì. Gli infermieri sono costretti a mandarlo al padiglione infantile e a fargli promesse rassicuranti finché non riescono a tranquillizzarlo.

¹³⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Gaetano C., 1937.

Dopo soli nove giorni di degenza, il 18 gennaio, accade qualcosa che avvalorava le ipotesi sul fatto che Gaetano sia un ritardato docile e tranquillo: la direzione del Santa Maria invita i genitori a ritirare il ricoverato entro cinque giorni.

Per Gaetano le cose sembrano mettersi per il meglio, ma l'illusione dura poco. Il 22 gennaio il padre manda una lettera di risposta alla direzione del manicomio rifiutandosi di ritirare il figlio. È dubbioso sulla guarigione e chiede *“perché questo ragazzo lo avete rimesso subito fora ma che forze agia guarito io non lo so sono fatte tutte queste opere per portallo e adesso mi manta a dire di venirlo a riprendere io non zo perché”*¹³⁶. È anche economicamente impossibilitato a riprenderlo, tant'è che appena ricevuta la richiesta *“mi sono messo daccordo con l'autorità del paese [...] per mettere questo racazzo in qualche altro loco che io a casa non lo posso assolutamente coregere e pensare che cia 14 anni compiuti e ancora non è capace di vestirsi la mattina e nemmeno di allacciarsi le scarpe [...] [le chiedo] farmi questo grande favore di farlo stare la per un po' di tempo ancora”*¹³⁷.

Fin qui è una triste storia di povertà e di handicap come molte altre se ne vedevano all'epoca. Ma a seppellire Gaetano in una istituzione non erano solamente la povertà e il ritardo mentale, ed è il padre a rivelarlo nella lettera del gennaio '36.

Quel ragazzo non può restare in giro anche perché *“per [il] paese lo pigliano tutti inciro e ci fanno tanti dispetti che io che sono il patre e come tutta la gente mia mi dovrei compromettere a vedere tutte queste cose e così sono stato costretto d'accordo con l'autorità a ricoverarlo”*¹³⁸.

Gaetano è lo scemo del villaggio. Deve essere ricoverato perché tutti lo prendono in giro mettendo il padre e “la gente sua” in difficoltà: assistere alla derisione o passare alle vie di fatto. Nessuna delle due strade è

¹³⁶ Ivi.

¹³⁷ Ivi.

¹³⁸ Ivi.

percorribile e, d'accordo con le autorità, si decide che la soluzione migliore sia far sparire lo scemo.

Il Santa Maria si piega alle circostanze e ritira la richiesta di dimissioni: Gaetano, per un altro anno e mezzo, continua ad essere ospite dell'ospedale di Monte Mario. Solo fino al giugno del '37 però, quando le condizioni di sovraffollamento dell'istituto spingono Giannelli a disfarsi di questo paziente tranquillo e ormai cronicizzato trasferendolo al manicomio di Volterra. La notizia, ovviamente, giunge alla famiglia che immediatamente cerca di bloccare il trasferimento. Ancora una volta la famiglia di Gaetano lamenta la propria povertà, il padre, "*minorato di guerra in pensione [...] in misere condizioni*", riferisce che "*sono scritto all'opera nazionale mutilati e invalidi di guerra acciocche s'inderessasse [...] accioche mio figlio non fosse più trasferito*" e chiede di attendere in quanto a Volterra "*non lo possiamo antare a trovare per mancanza di mezzi [mentre] qui a Roma si poteva venire almeno un volta lanno [...] pensa lo strazzio de la povera mamma [...] che sta notte e giorno a piancere che se seguida così finisce anche essa a Sanda maria*"¹³⁹.

Il 26 giugno arriva anche una lettera dall'Opera Nazionale la quale informa Giannelli di aver già iniziato le pratiche per lo stanziamento di un mensile di 150 lire per il ricovero di Gaetano nell'istituto Don Guanella.

Ma ormai è troppo tardi; già dal 24 giugno Giannelli ha trasferito Gaetano al manicomio di Volterra. Per il manicomio di Roma la storia di Gaetano finisce qui, il seguito dell'istituzionalizzazione di Gaetano C. riguarderà Volterra, l'Opera Nazionale Mutilati e Invalidi e il Don Guanella.

Nella vicenda di Gaetano trovano risalto due questioni ricorrenti nello studio delle cartelle cliniche manicomiali: la difficoltà, spesso l'impossibilità, di determinare a posteriori l'esistenza e i connotati del disagio mentale e l'influenza dei fattori ambientali nel determinare le sorti di un individuo.

¹³⁹ Ivi.

Nelle cartelle cliniche manca infatti quasi completamente qualsiasi tipo di indagine analitica sulla psicologia del paziente che non sia di tipo ‘storico-comportamentale’, ovvero una narrazione della vita vissuta dal paziente e una puntigliosa annotazione dei comportamenti tenuti durante la degenza.

Abbondano invece le informazioni riguardanti i fattori ambientali che ruotavano intorno all'internato: le condizioni economiche, i rapporti famigliari, quelli con la comunità di provenienza e con la pubblica sicurezza.

Vista la natura dei dati disponibili risulta molto più fruttuoso al ricercatore indagare la follia non da un punto di vista medico ma piuttosto da quello sociale.

Secondo Emile Durkheim *“non bisogna dire che un atto urta la coscienza comune perché criminale, ma che è criminale perché urta la coscienza comune. Non lo biasimiamo perché è reato, ma è reato perché lo biasimiamo”*¹⁴⁰, ed è proprio qui che si aprono spazi di ricerca in cui il materiale abbonda.

Se si sposta l'attenzione dal rapporto fra malattia e medicina e se si evita di incentrare l'attenzione per l'internamento solamente sull'aspetto repressivo allora diventa evidente come questo sia spesso la risultante dei particolari rapporti sociali in cui viveva un internato. D'altronde la storia di Gaetano, assai comune nella manicomialità di quegli anni, molto più legata alle questioni famigliari e sociali che non a quelle mediche o repressive, conferma l'ipotesi.

Bisogna quindi comprendere da chi, come e perché un determinato comportamento veniva biasimato e trasformato in follia. Per fare questo bisogna preoccuparsi di analizzare con più attenzione i condizionamenti del mondo di relazioni che ruotava in prossimità dell'internato e riportare ogni

¹⁴⁰ Emile Durkheim, *La divisione del lavoro sociale*, Comunità, Milano 1962.

storia a un contesto minimo. Un contesto fatto di parenti, compaesani e vicini di casa che si può definire come contesto locale¹⁴¹.

Tito M. ha 45 anni, è un alcolista e un uomo violento, violento in famiglia e violento fuori. Spesso prende il suo coltello da calzolaio e minaccia la moglie e i figli, e li batte. La cosa dura da parecchio tempo e non sembrano esserci miglioramenti; anzi, Tito peggiora e prende a minacciare i compaesani, tanto che *“i cittadini di Palestrina hanno timore di lui, e quando l’incontrano fuggono per timore di essere offesi”*¹⁴².

È in questo momento che la moglie si risolve a far domanda per l’internamento presso la pretura. Il 5 febbraio del 1932 Tito viene internato in manicomio e vi resterà fino alla fine di maggio, quando verrà riconsegnato alla moglie.

Tornato casa riprende come prima e più di prima. Beve parecchio e diventa pericoloso, *“trascende altresì a pericolose violenze nei confronti della moglie, dei figli e degli altri familiari”*¹⁴³. Il tormento in casa M. dura più di un anno, fin quando, il 24 agosto del 1933, Tito *“è stato protagonista di una scena pubblica che ha preoccupato molti pacifici cittadini: senza un motivo e senza pronunciare parole, visto il nominato Eugenio S. che usciva dalla tabaccheria di Valentino S., gli si avventò contro, malmenandolo con pugni ed estraendo poi un trincetto, di cui non fece uso solo perché lo S. [Eugenio] si allontanò per mettersi in salvo [...] Il fatto [...] ha spinto molti cittadini ad invocare il di lui ricovero”*¹⁴⁴. Il giorno seguente Tito viene accolto nel manicomio di Roma dove resterà fino ai primi di dicembre.

¹⁴¹ Secondo i *Labelling Theorist* questo tipo di osservatori e giudicatori dell’infrazione si possono dividere in tre gruppi: la società nel suo complesso che crea le norme generali, gli “altri significativi” che vivono più o meno a stretto contatto con il deviante o con l’infrazione e gli “agenti del controllo” che sarebbero poliziotti, medici e gli attori istituzionali in generale. In questo lavoro l’attenzione si concentra principalmente sulle relazioni fra questi ultimi due gruppi. Cfr. Marzio Barbagli *et al.*, *op. cit.*, p. 38.

¹⁴² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Tito M., 1937.

¹⁴³ Ivi.

¹⁴⁴ Ivi.

La situazione è piuttosto chiara: Tito è un alcolista violento e quando esagera finisce in manicomio. Ma cosa vuol dire veramente “quando esagera”?

Tito è indubbiamente un deviante e un anormale, eppure la sua anormalità conclamata e violentemente vissuta dalla famiglia gli guadagna il discredito ma non il manicomio. A determinare l'internamento è il momento in cui la sua anormalità compie due passaggi di livello: dalla sfera domestica a quella pubblica, e nella sfera pubblica dal disturbo alle vie di fatto.

L'importante non è il discrimine fra violenza privata e violenza pubblica, ma fra un momento in cui gli stessi comportamenti violenti implicano un'istituzionalizzazione e uno in cui questo non accade.

Che Tito sia un deviante e un anormale gli abitanti di Palestrina lo sanno da tempo, sanno anche che è violento con i famigliari e che li batte spesso. La reazione delle persone coinvolte è l'istituzionalizzazione del deviante non in quanto tale ma in relazione alla percezione del disturbo. La famiglia, coinvolta emotivamente ed economicamente in un eventuale internamento, ha un grado di tolleranza molto maggiore della comunità di paese, per cui fin quando le violenze restano confinate nelle mura domestiche la stigmatizzazione di Tito non comporta l'istituzionalizzazione. Quando il suo comportamento anormale travalica i confini domestici trova una diversa reazione del contesto locale in cui si esplica e finisce in manicomio. Minacciare e picchiare i parenti non è molto più deviante che minacciare o picchiare un compaesano, il discrimine è la differente reazione delle vittime. Questa è la differenza fra la devianza primaria e la devianza secondaria, ovvero tra quella che comporta un'istituzionalizzazione e quella che non la comporta¹⁴⁵. E la partita si gioca molto più sulle reazioni della società che non sulla natura del comportamento deviante in se stesso.

Ma l'etichettamento di Tito come persona deviante non si risolve solamente nella decisione di porre un freno istituzionale alla sua devianza. Tito era già

¹⁴⁵ Cfr. Edwin Lemert, *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano 1981, e David Matza, *Come si diventa devianti*, il Mulino, Bologna 1976.

stigmatizzato prima di entrare in manicomio e questo stigma aveva fatto di lui una persona screditata. Ma la stigmatizzazione ha diverse gradazioni e quando Tito passa dal discredito al manicomio la sua vita cambia: è un pazzo.

La forza dell'istituzionalizzazione sta proprio in questa totale e completa ridefinizione dell'identità della persona in termini nuovi, un vero e proprio declassamento della persona che, a seconda del caso, da quel momento in poi diventerà il pazzo, il criminale o il tossico. Il declassamento non solamente applica alla persona stigmatizzata un'etichetta indelebile, ma riesce anche a reinventare il suo passato in termini consoni all'etichetta applicata e ad influenzarne la vita futura.

All'epoca del secondo internamento Tito poteva essere affidato alle autorità giudiziarie in quanto reo di aggressione; eppure, grazie al precedente internamento, prevale l'idea che sia un pazzo e la soluzione richiesta dai cittadini di Palestrina è l'internamento. Lo schema aggressione e invio in manicomio si ripeterà ancora nel 1935 e nel 1936, quando verrà cronicizzato, senza che mai venga percorsa la strada della giustizia ordinaria.

Come si è visto, una volta stigmatizzato e istituzionalizzato l'individuo si ritrova a convivere con un'etichetta che ne reinterpreta il passato, ne condiziona il futuro e lo riduce in uno stato di minorità. La vita di un individuo, però, la sua identità in particolare, non è qualcosa di fisso e immutabile ma è invece soggetta a evoluzioni e cambiamenti continui. All'interno del mondo della devianza, al pari di qualsiasi altro, esiste un processo storico di esperienze che accompagnano e determinano le evoluzioni nelle vicende personali di un anormale. Quella che viene a configurarsi è l'esistenza di una vera e propria carriera nel mondo dell'anormalità, un carriera che riguarda sia la percezione che la società ha del deviante sia quella che il deviante ha di se stesso. Possiamo definire questi due tipi di evoluzione come carriera sociale e carriera morale del

deviante¹⁴⁶, dove la prima riguarda il rapporto con le varie forme di istituzionalizzazione e di reazione che la società di volta in volta adotta nei suoi confronti, mentre la seconda riguarda il diverso livello raggiunto dal deviante nel rapporto con la propria anormalità.

Nel marzo del 1937 i sanitari del reparto osservazione procedono all'interrogatorio di un attempato signore di 63 anni appena inviatogli dal commissariato di San Lorenzo a Roma. L'uomo si chiama Ugo Z., è la decima volta che viene internato al Santa Maria della Pietà e con grande tranquillità "*si dice contento di essere in manicomio e vorrebbe restare*"¹⁴⁷. Quindici anni prima Ugo non era così rassegnato, dietro questa richiesta c'è una lunga storia.

All'inizio degli anni '20 Ugo è uomo adulto che si avvicina ormai ai cinquant'anni, fa il meccanico, è vedovo ed ha due figli adulti anch'essi. Nel febbraio del '22 ha dei dissidi con il principale dell'officina meccanica in cui lavora e resta disoccupato. Ha 48 anni e ha grandi difficoltà nel trovare un nuovo impiego e resta cinque mesi disoccupato. Nel periodo di disoccupazione prende ad agitarsi e diventa paranoico; i figli lo accompagnano quindi all'ospedale S. Spirito e di lì, il 12 luglio, viene inviato al Santa Maria della Pietà. Nell'istituto di Monte Mario Ugo riacquista rapidamente la calma, mantiene un comportamento corretto e composto e in capo a tre mesi viene riconsegnato alla famiglia perché guarito.

Passano quasi tre anni e Ugo viene nuovamente internato. Era un po' confuso, lo ammette, ma minimizza, "*da la colpa all'alcool e parla di maltrattamenti da parte del figlio e del genero*"¹⁴⁸. Nuovamente si calma in capo a brevissimo tempo e si mantiene corretto e pulito durante tutta la degenza. Ai sanitari dell'istituto bastano soli due mesi per dichiararlo guarito e rimandarlo a casa.

¹⁴⁶ Cfr. Erving Goffman, *Asylums...*, cit., e *Stigma...*, cit.

¹⁴⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ugo Z., 1937.

¹⁴⁸ Ivi.

Dopo soli undici giorni, il 24 aprile del '25, Ugo viene nuovamente internato in manicomio perché in stato di eccitamento. Nonostante minimizzi e mantenga un comportamento corretto e tranquillo, questa volta di mesi ne servono otto e solo il 17 dicembre, nell'imminenza delle feste natalizie, viene dimesso come guarito.

Passa la vigilia, il Natale e S. Stefano; poi, prima di S. Silvestro, Ugo rientra in manicomio per il suo quarto internamento perché di nuovo in stato di eccitamento. Ancora un volta nega stranezze degne di nota, riferisce solamente in merito ad alcuni dissidi con i parenti che, non avendo posto, lo avevano messo a dormire in terra. Non sa perché due agenti in borghese siano andati a prenderlo per portarlo in istituto, è calmo e tranquillo e vuole tornare a casa. Il primo marzo del '26 i sanitari lo dichiarano guarito e lo dimettono.

Passano altri undici giorni e Ugo viene nuovamente internato perché in stato di eccitamento. Come sempre l'agitazione scompare subito per far posto a un comportamento corretto e tranquillo. Secondo il personale del Santa Maria Ugo *“ha perfetta coscienza della malattia, ma ne da ogni volta cause occasionali”*¹⁴⁹: questa volta è lì perché non trova lavoro *“e la famiglia gli rinfacciava continuamente la sua disoccupazione”*¹⁵⁰. Il 12 giugno del '26, dopo soli tre mesi di degenza, i sanitari decidono la dimissione per guarigione *“perché si è presentata ora la sorella la quale ha dichiarato di avergli trovato un posto in una officina”*¹⁵¹.

Il nuovo impiego non dura a lungo e nel gennaio del '27 viene ricoverato per la sesta volta perché in stato di eccitazione. Nuovamente minimizza i motivi dell'internamento e della disoccupazione e in istituto mantiene fin da subito un comportamento corretto e tranquillo. È bravo e lavora, scrivono di lui i sanitari. Questa volta ha perso il lavoro *“perché mazziniano”* e in casa, ormai disoccupato, ha ripreso ad avere rapporti difficili con la sorella che *“lo teneva troppo a stecchetto e aveva rapporti difficili con la propria*

¹⁴⁹ Ivi.

¹⁵⁰ Ivi.

¹⁵¹ Ivi.

nuova convivente”, per questo *“l’hanno portato qui senza motivo”*¹⁵². Dopo altri sette mesi d’internamento viene dimesso e riconsegnato per l’ennesima volta alla famiglia.

Come sempre in questi casi, è difficile avere un’idea chiara in merito all’eccitazione periodica cui era soggetto Ugo. Non si può ricostruire un quadro certo sulla natura dei contrasti familiari e stabilire fino a che punto fossero semplici liti domestiche e fin dove fossero invece veri e propri accessi di follia. Prendendo però in considerazione le informazioni relative al nucleo familiare, ovvero rivolgendosi al contesto locale di questi internamenti, si ricavano una serie d’informazioni non meno importanti di quelle in merito al profilo psicopatologico. Quella di Ugo è la storia di un uomo che, una volta giunto alla mezza età, sta lentamente perdendo la presa sulla propria vita. A sfuggirgli di mano è soprattutto l’aspetto lavorativo, non riesce a uscire dal tunnel della disoccupazione e la sua incapacità di provvedere al proprio sostentamento diventa un problema. Questo tipo d’incapacità sociale ed economica era una forma di devianza assai diffusa nel manicomio romano ed è soprattutto in questi termini che Ugo diventa anormale. Le liti, di cui non si conoscono i dettagli, non sembrano essere state così feroci e violente, altrimenti ne sarebbe rimasta traccia, e nemmeno il paziente sembra un individuo particolarmente aggressivo e pericoloso. Eppure entra ed esce dall’istituto con una facilità disarmante. L’aumento vertiginoso del susseguirsi degli internamenti sembra piuttosto la felice realizzazione di un etichettamento che, ricovero dopo ricovero, conferma se stesso e si rinforza. Sembra come se dopo l’istituzionalizzazione ogni contrasto e ogni nervosismo fosse sempre più facile da ricondurre alla follia piuttosto che alla sfera dei normali rapporti interpersonali. In parole povere, Ugo è un pregiudicato della pazzia.

Questo etichettamento non viene per nulla condiviso dal paziente, che ad ogni internamento minimizza i contrasti riconducendoli a quella sfera delle

¹⁵² Ivi.

normali relazioni interpersonali negatagli proprio dall'etichettamento avvenuto.

Inoltre, non avendo introiettato lo stigma del quale era fatto oggetto, Ugo vuole uscire e nega di comprendere i motivi dell'internamento.

Resistere, però, non è facile. Quando il mondo ti rimanda continuamente a una determinata immagine di te questa può scavare nella coscienza di un individuo e fare breccia nell'autocoscienza. In ambito carcerario, e più generalmente in quello delle istituzioni totali, gli individui entrati liberi, autonomi e coscienti del proprio diritto all'autodeterminazione vengono spesso fatti regredire a una sorta d'impotenza appresa, ovvero una regressione a uno stato di passività, dipendenza e accettazione che deriva da un deprimente susseguirsi di insuccessi, punizioni e rimproveri. Accade anche a Ugo.

Nel marzo del 1928, otto mesi dopo l'ultima dimissione, Ugo viene nuovamente internato per il solito stato di eccitamento. Ormai le registrazioni sul diario nosografico sono quasi prossime al nulla, segno evidente che questo plurirecidivo tranquillo non rappresenta più problemi di identificazione da parte dell'istituzione: è un maniaco periodico con stati di agitazione ciclotimica.

Durante l'internamento Ugo mantiene fin da subito il consueto comportamento corretto; anzi, grazie alla lunga esperienza maturata, addirittura aiuta gli infermieri nello svolgersi delle loro mansioni. Ma c'è una novità importante. Al momento di proporlo per la dimissione il sanitario del XIV padiglione scrive che *“ha coscienza di aver superato una malattia mentale e si sente guarito”*¹⁵³.

L'ammissione e l'accettazione della malattia erano parte integrante del percorso terapeutico che portava a una dimissione; erano il riconoscimento dell'autorità medica e della propria identità deviante e, nei casi più semplici, bastavano quasi a spalancare le porte del manicomio. Molti pazienti erano perfettamente consapevoli di questo fatto e tale ammissione è

¹⁵³ Ivi.

frequentemente frutto di un comportamento tattico finalizzato alla dimissione; parecchi altri, invece, erano intimamente convinti di tale ammissione e sicuramente molti avevano realmente avuto problemi mentali. Stabilire se l'ammissione di Ugo fosse tattica o sincera, però, non cambia molto le cose riguardo al significato che questa ha nella sua carriera di anormale. Dopo un lungo periodo di negazione e minimizzazione, Ugo abbandona la difesa a oltranza della propria normalità e accetta l'etichetta che gli è stata affibbiata. Questo è il punto.

Dopo soli nove giorni è di nuovo dentro: questo internamento, l'ottavo, assolutamente identico agli altri, dura altri sei mesi. Considerando il periodo dal secondo internamento, il primo da recidivo, alla conclusione di questo ottavo periodo in istituto, degli ultimi quattro anni di vita Ugo ne ha passati tre in manicomio. E non finisce qui.

Il 14 marzo del 1930, a 56 anni, Ugo viene internato per la nona volta nell'ospedale dei pazzi di Roma. La diagnosi è sempre la stessa, stato di eccitamento, e anche questa volta l'eccitazione scompare praticamente subito. Ugo però è cambiato, è triste e abbattuto. Questa volta non aiuta gli infermieri, anzi, non lavora proprio e, soprattutto, “*non reclama nemmeno le dimissioni*”¹⁵⁴. La sua carriera di deviante ha fatto un nuovo passo avanti, dall'accettazione è approdato a una nuova fase tipica dell'internamento: la resa. Sembra la depressione tipica dell'impotenza appresa, quando nulla spinge più a difendere il proprio sé dalle manipolazioni altrui e ci si abbandona all'accettazione passiva.

Ugo viene cronicizzato e mandato al manicomio di Volterra, dove resterà quattro anni.

L'appartamento è alquanto misero ma dignitoso, di sicuro offre molto più spazio e più comodità della brandina in istituto. Un uomo anziano, piegato da molti anni di reclusione, finisce di incidere il proprio nome su una parete e poi s'impicca a una trave dell'appartamento. Là fuori non sapeva proprio

¹⁵⁴ Ivi.

viverci: per lui, ormai istituzionalizzato dalla lunga reclusione, era meglio farla finita subito.

Questo ultimo passaggio non appartiene alla vita di Ugo Z.: si tratta di Brooks, un personaggio di fantasia nato dalla penna di Stephen King¹⁵⁵ e portato sul grande schermo da Frank Darabont¹⁵⁶. È la storia intensa e toccante di un individuo sottratto alla vita libera, spogliato della sua identità e poi ricostruito in termini istituzionali.

L'ultimo atto della carriera deviante di Ugo sarà invece molto meno cruento. Il 25 marzo del 1937, all'età di 63 anni, piegato dagli anni e dai continui internamenti, Ugo torna per la decima volta nell'istituto di Monte Mario. La diagnosi è sempre la stessa, stato di eccitamento, e come sempre l'agitazione sparisce subito con l'ingresso in manicomio. Già per quattro lunghi anni era stato cronicizzato nel manicomio di Volterra; ora, dopo un altro breve periodo in famiglia, è di nuovo in istituto e la sua carriera di deviante sembra giunta all'ultimo atto. Dopo il riconoscimento e la resa è il momento della rassegnazione: "*non sa perché l'hanno portato in manicomio ma è contento e vorrebbe restare*"¹⁵⁷. Nel giugno di quello stesso anno viene inviato al manicomio di Siena, la sua storia, per il manicomio di Roma, finisce qui.

Lo schema della carriera si applica anche all'evolversi della percezione che la società ha del deviante e delle contromisure che applica nei suoi confronti. Lo schema è idealmente quello dell'accrescimento, cioè di un progressivo inasprimento delle misure di repressione che si accompagna a uno scivolamento dell'individuo verso le categorie più infime della scala sociale.

La realtà dei fatti, però, è molto più confusa ed è assai condizionata da una serie di fattori non riconducibili al semplice rapporto consequenziale tra infrazione e reazione. Nel gran marasma di istituti di controllo e correzione

¹⁵⁵ Stephen King, *Rita Hayworth e la redenzione di Shawshank*, in Id., *Stagioni diverse*, Sperling & Kupfer, Mondadori, Milano 1987.

¹⁵⁶ Frank Darabont (regia di), *Le ali della libertà*, USA 1994.

¹⁵⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ugo Z., 1937.

non è quindi possibile trovare una collocazione specifica al manicomio che rispecchi un ben determinato punto nella carriera deviante di un individuo; pertanto il ricovero manicomiale può rappresentare sia il momento di prima istituzionalizzazione di una carriera deviante poi destinata ad altri istituti sia la tappa finale di una vita vissuta nell'anormalità.

Orazio C. è un uomo adulto quando, nel maggio del 1925, viene inviato dal Santa Maria della Pietà alla succursale di Ceccano. Ha 50 anni ed era stato uno degli ultimi pazienti mandati dalla vecchia sede di via della Lungara al nuovo manicomio provinciale di Monte Mario.

La sua carriera di deviante era cominciata molto presto, nel lontano 1881, quando già da bambino aveva mostrato le prime tracce di anormalità. A sei anni *“fu rinchiuso a Vigna Pia dove cercarono di correggere la sua indole vivace e stravagante, e di fargli imparare a leggere e scrivere a forza di colpi di bastone sulla testa”*¹⁵⁸; ma le bastonate servono a poco e nove anni dopo Orazio fa la sua prima esperienza in manicomio. Rimane poco di quel primo ricovero nell'istituto romano se non che viene internato per epilessia e dimesso dopo soli tre mesi di degenza.

Non bastassero le bastonate, l'epilessia preannuncia subito una brutta storia. Già dal secolo precedente era consuetudine trattare l'epilessia con la manicomializzazione del paziente e, in mancanza di cure adeguate, le degenze si tramutavano spesso in cronicizzazioni lunghissime. Inoltre, l'epilessia si accompagna a periodi di agitazione prima degli attacchi e questo non faceva che confermare l'esigenza di un ricovero psichiatrico per chi ne era affetto. Ma l'epilessia, soprattutto per i ragazzi, era anche la foglia di fico che copriva le nudità di un internamento 'disciplinare' o, quantomeno, veniva pretestuosamente esagerata per secondi fini.

Nel caso di Orazio è molto difficile fare chiarezza tra le bastonate, l'epilessia vera e quella presunta e, in fondo, interessa poco per spiegarne la carriera. L'impressione è che, almeno da quando è in manicomio, una base patologica ci sia; Solveti, sanitario della vecchia sede di via della Lungara,

¹⁵⁸ ADSE, *Cartelle Cliniche*, Orazio C., 1925.

scrive che “*gli attacchi sono rari e non molto gravi*”¹⁵⁹ e tra le cure prestate al paziente ci sono le ricorrenti somministrazioni di bromuro e cloralio tipiche soprattutto per i casi di epilessia.

Orazio conosce quindi la sua prima istituzionalizzazione nell’istituto di Vigna Pia e prosegue la sua carriera in manicomio. Non riuscendo nessuna delle due istituzioni a recuperarlo, viene cronicizzato in manicomio fino al 1913, quando è trasferito in un nuovo istituto su richiesta della famiglia: l’ospizio di Ancona.

Dopo il trasferimento si crea un vuoto documentario e alcune lacune nella conservazione delle carte d’archivio ce lo ripresentano ricoverato nuovamente nell’istituto di S. Onofrio nel 1923, quando ormai ha 50 anni e presumibilmente non ha più nessuno che si faccia carico di lui. Infine, come già accennato, viene trasferito alla succursale di Ceccano due anni dopo.

La carriera di Orazio inizia in un istituto educativo, passa per il manicomio e per un ospizio e finisce nuovamente in manicomio. Questo via vai di persone fra varie e diverse istituzioni è una costante nel panorama repressivo-assistenziale d’inizio Novecento, e l’impressione che se ne ricava è che il gran numero di istituti servisse alla bisogna per lo stesso individuo in base alle condizioni e al momento particolare della sua vita. Per cui non era difficile che la stessa persona, passando da un istituto all’altro, venisse identificata in base ai criteri necessari per l’ingresso nell’istituto in questione e, di volta in volta, assumesse un’identità ad esso compatibile. In questo profluvio di offerta il posizionamento del manicomio appare quello di un istituto privilegiato per disponibilità di mezzi ed estrema duttilità. Non avendo preclusioni di età, sesso, religione o livello di sorveglianza richiesta, il manicomio si proponeva come un’offerta sempre valida e sempre disponibile.

Quando venne internato nel manicomio di Roma la carriera deviante di Giuseppe B. era già iniziata da tempo. Fin da bambino era stato “*sempre impaziente, irascibile [...] e violento verso i genitori e spesso si dava al*

¹⁵⁹ Ivi.

vagabondaggio”¹⁶⁰. Per questa sua condotta i genitori si erano risolti a una prima istituzionalizzazione e “venne ricoverato nell’istituto Maglietti per i bambini traviati o censurati [ma] fu espulso da questo istituto perché venne accusato di un furto”¹⁶¹.

Dopo questo primo fallimento Giuseppe era tornato a casa ed aveva continuato con i suoi comportamenti difficili e antisociali, “sembra che non amasse molto i genitori [...] e non andava mai in chiesa”¹⁶², vagabondava e litigava spesso con i vicini. Crescendo, le cose non sembravano migliorare: non voleva lavorare, diceva parole oscene e bestemmiava parecchio. Giuseppe non è solamente un ragazzo difficile, “fa [anche] parte di una famiglia che appartiene alla suburra sociale e quindi prevale, come si sa, in tale classe, la vera ed assoluta ignoranza”¹⁶³. Era un ragazzo a rischio, con un piede già nelle istituzioni e che non avrebbe mancato d’infilarceli entrambi.

Dopo il fallimento dell’Istituto Maglietti è un’altra istituzione a prendersi carico di questo ragazzo: l’esercito. Ma anche questa fallisce.

Sotto le armi Giuseppe non dà segni di ravvedimento, “usciva di notte [dalla caserma] e quando tornava diceva che era stato al cinematografo”¹⁶⁴; poi, un giorno, “ha risposto male a un superiore e fintato un ceffone”¹⁶⁵. L’esercito, però, non è una questione per bambini come l’istituto Maglietti: invece di rimandarlo a casa, lo spedisce a fare la conoscenza di una nuova istituzione correttiva: il carcere militare.

Dopo tredici mesi di reclusione militare viene rimandato a casa, ma la famiglia, invece di accoglierlo, sceglie di dirottarlo verso una nuova istituzione e lo invia all’ospizio di S. Michele. In questo istituto resta poco, solo due mesi, perché il suo carattere insubordinato è assolutamente incompatibile con la vita dell’ospizio.

¹⁶⁰ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giuseppe B., 1925.

¹⁶¹ Ivi.

¹⁶² Ivi.

¹⁶³ Ivi.

¹⁶⁴ Ivi.

¹⁶⁵ Ivi.

Tornato a casa, vive “*chiedendo continuamente denaro alla famiglia e frequentando cattivi compagni e donne di malaffare*”¹⁶⁶ e la situazione si fa ben presto insostenibile. È sempre irritabile, ha contrasti con la famiglia e dice che “*per istrada lo sfottevano [e] gli dicevano parole cattive*”¹⁶⁷. In più, si porta dietro un’infezione luetica e una blenorragia uretrale contratte all’epoca del servizio militare e mai curate.

Per i comportamenti devianti di Giuseppe è ora il momento di una nuova soluzione istituzionale: l’internamento in manicomio. Il 29 maggio del 1922 Giuseppe viene accolto nel manicomio provinciale Santa Maria della Pietà per uno stato di eccitamento.

In manicomio è eccitato e clamoroso, si agita parecchio e gli infermieri sono costretti a tenerlo sempre legato. Non sta bene nell’istituto di Monte Mario e chiede di andare via, “*domanda [addirittura] di essere mandato al carcere perché il manicomio non è il luogo adatto a lui*”¹⁶⁸. I sanitari del Santa Maria non cedono alle sue richieste e lui si agita ulteriormente, infastidisce gli altri malati e passa a vie di fatto tirando qualche ceffone. Reagisce male anche al regime di separazione sessuale che prova a risolvere cercando di “*commettere atti osceni con altri giovani ricoverati qui degenti*”¹⁶⁹.

La famiglia non lo aiuta granché ad uscire e le intemperanze non fanno che fargli guadagnare misure sempre più restrittive e lunghi periodi legato al letto. Giuseppe resta solo e ben presto comprende che deve adottare una strategia diversa per ottenere la dimissione. Dopo i primi difficili mesi, si calma e trova le forze per mantenere un comportamento tranquillo e corretto. Se sia stato un comportamento sincero o uno strategico non si sa, però sente che deve dare qualcosa al personale medico, altrimenti marcirà in manicomio molto a lungo. Dapprima riconosce la malattia, poi le addebita ogni responsabilità delle precedenti stranezze e, infine, fa buoni propositi per quando uscirà dal manicomio dichiarandosi sicuro di riuscire a

¹⁶⁶ Ivi.

¹⁶⁷ Ivi.

¹⁶⁸ Ivi.

¹⁶⁹ Ivi.

impiegarsi in un'attività lavorativa. Per lo staff, considerando il lungo periodo di tranquillità, tanto basta a decidere la dimissione del paziente per sopravvenuta guarigione. Nel maggio del 1923, dopo un anno di degenza, la guarigione viene comunicata alla madre che viene a ritirarlo.

Non passa nemmeno un anno e Giuseppe è nuovamente inviato al Santa Maria perché in stato di eccitamento. La modula informativa riferisce che inveisce e minaccia di morte i genitori, ma lui minimizza e si oppone a questa ricostruzione degli eventi. Dice che *“avendo bevuto un po' ha questionato con la famiglia, rompe un piatto per cui fu portato in questura [...] ma lui è sano”*¹⁷⁰. I sanitari del manicomio, però, lo conoscono e si rifanno al precedente internamento bollandolo immediatamente come *“psicodegenerato amorale e impulsivo”*¹⁷¹.

In questo secondo internamento mancano gli eccessi in istituto e il comportamento di Giuseppe è fin da subito calmo, tranquillo e ordinato. È anche perfettamente lucido e coerente durante i colloqui con lo staff medico, tant'è che in breve tempo l'opinione dei sanitari riferisce che *“ha certamente qualche carattere degenerativo, ma non in modo tale da giustificare la sua permanenza in manicomio”*¹⁷².

Ma Giuseppe ha troppi precedenti perché la direzione del Santa Maria possa decidersi facilmente a dimetterlo senza dovute garanzie da parte di qualche parente. Ha quindi bisogno di qualcuno che si prenda la responsabilità della sua dimissione e, nella speranza di trovare una valida sponda, scrive allo zio chiedendogli di tirarlo fuori di lì. La risposta arriva da papà Pietro e mette subito in chiaro che con i parenti non ci sono possibilità: *“se noi dessimo il nostro consenso [alla dimissione] prendendoci la responsabilità [...] come potremmo fare? Io mi trovo rinchiuso a S. Saba [nell'Ospizio Margherita] e pago lire 200 al mese di pensione prendo lire 8 al giorno [...] la mamma è ricoverata dal fratello [...] la casa non esiste più, quei pochi stracci li abbiamo venduti [...] Tu non hai ne arte ne parte, tu non hai più vestiti tu*

¹⁷⁰ Ivi.

¹⁷¹ Ivi.

¹⁷² Ivi.

*non hai più casa ne chi può aiutarti [...] i tuoi zii hanno chi più chi meno i loro guai [...] se il direttore vuole dimetterti se ne prenda lui la responsabilità”*¹⁷³.

Oltre che a Giuseppe, Pietro scrive anche alla direzione del manicomio: *“Mio cognato mi rimette una cartolina di mio figlio Giuseppe B., dove fa promesse da marinaio [...] creda, egregio direttore, che più volte (come genitori) lo abbiamo più volte perdonato, ed ‘a’ fatto sempre peggio e creda inoltre che è indegno dare ascolto alle sue preghiere e la questura stessa era stufo di lui”* questo *“digenerato figlio ha tentato più volte di uccidere padre e madre malmenandoli”*, non ha volontà di lavorare e adesso *“sono stato costretto di denungiarlo alla questura che già era conosciuto come vagabonto e incorregibile e sospetto notturno”*¹⁷⁴.

Non è poco: Giuseppe è definito un degenerato dalla sua stessa famiglia ed è già da tempo noto alla questura che i suoi parenti sono stufo di lui. Ma c’è di più, la famiglia è ormai allo sbando: il padre è in un ospizio per vecchi anche lui istituzionalizzato, la madre è ritornata in seno alla famiglia di origine e tutte le proprietà sono state alienate. Anche per questi motivi Pietro oppone un netto rifiuto all’ipotesi di una dimissione e ribadisce di non volerlo *“perché già è stato un’ altranno in manicomio e riuscito peggio di prima [...] se l’orsignori si fanno losingare come l’altra volta col dire che lui è buono prima di lasciarlo bisogna che avverte la questura”*¹⁷⁵.

Nonostante tutto, nel giugno del ’25, dopo 14 mesi di degenza inappuntabili dal punto di vista disciplinare, Giuseppe riesce, non si sa come, a farsi ritirare da un fratello della madre.

Ma la storia non finisce qui. Il 28 agosto del 1926 Giuseppe è da 14 giorni nelle carceri di Regina Coeli in attesa di processo. La natura del reato commesso non è nota, ma si sa che a mandarlo sul banco degli imputati è stato papà Pietro. Per questo motivo Giuseppe scrive al manicomio di Roma

¹⁷³ Ivi.

¹⁷⁴ Ivi.

¹⁷⁵ Ivi.

chiedendo d'inviargli l'incartamento a lui relativo per questioni legate alla propria difesa legale.

Su questo nuovo capitolo della storia di Giuseppe si possono costruire delle congetture e trarre delle certezze. Di certo c'è che, ancora un volta, il suo carattere anormale l'aveva portato a impigliarsi nelle maglie istituzionali, questa volta il carcere giudiziario di Roma e il tribunale.

Ma c'è qualcosa che è solamente congetturale e perfettamente in linea con il rapporto tra istituzioni e cittadini cui si è appena fatto riferimento.

Dopo il fallimento dell'istituto Maglietti, dell'Esercito e dell'Ospizio di S. Michele il travagliato rapporto fra Giovanni e la sua famiglia era approdato in manicomio. La manicomializzazione, in questo caso, era stata resa possibile da una serie di fattori concomitanti che derivano dalla situazione specifica di Giuseppe e dalla particolare natura dell'istituto manicomiale. All'epoca degli internamenti in manicomio Giuseppe era ormai troppo grande per gli istituti di ricovero per l'infanzia, troppo anormale per i normali ospizi e non abbastanza per il carcere. In tale situazione serviva un'istituzione che non avesse preclusioni di età, che non abbisognasse di reati certificati dal tribunale e che avesse la capacità di gestire e contenere una devianza di quella portata. Una delle soluzioni possibili era quella di rivolgersi all'unica istituzione che per mezzi, esperienza e duttilità potesse soddisfare tutte le esigenze del momento: il manicomio.

Però, dopo due consecutivi fallimenti dell'istituto manicomiale e di fronte al persistere della devianza di Giuseppe, è possibile che la famiglia si sia decisa a cambiare referente istituzionale e rivolgersi alle autorità di pubblica sicurezza.

Ancora una volta ci si trova di fronte all'impossibilità di posizionare il manicomio in un punto fisso all'interno delle varie carriere devianti in cui veniva coinvolto e si ha invece a che fare con l'estrema versatilità che la manicomializzazione poteva offrire. Quella stessa vaga formula dello "stato di eccitamento" vista all'opera nei casi di Giuseppe e di Ugo, inoltre, dimostra che i successi della manicomializzazione non erano dovuti solo

alla sua versatilità, ma anche all'estrema capacità di adattamento alle diverse situazioni e a un'infinita capacità di modulazione del proprio intervento. Il manicomio, fra le istituzioni totali, sembra il posto dove tutto è possibile.

3. Fare un matto: identità e internamento

Gli animali si dividono in (a) appartenenti all'Imperatore, (b) imbalsamati, (c) ammaestrati, (d) lattonzoli, (e) sirene, (f) favolosi, (g) cani randagi, (h) inclusi in questa classificazione, (i) che s'agitano come pazzi, (j) innumerevoli, (k) disegnati con un pennello finissimo di pelo di cammello, (l) eccetera, (m) che hanno rotto il vaso, (n) che da lontano sembrano mosche¹⁷⁶.

Sono i primi di maggio del 1933 quando Carlo M. bussa alla porta di casa di Mario Brandani, pochi colpi che si susseguono in un ordine ben preciso e secondo un codice prestabilito come si conviene a due attivisti clandestini del Partito comunista. Ad aprire la porta a Carlo, però, non è l'amico Mario ma il questore Quagliotta che immediatamente lo arresta.

Solo pochi giorni prima la polizia politica fascista aveva intercettato una lettera spedita da Milano a Marcello Marroni, romano, con la quale si preannunciava l'imminente ritorno nella capitale di Pietro Grifone¹⁷⁷ e Mario Brandani, romani anch'essi, accompagnati dal milanese Carlo M.¹⁷⁸.

¹⁷⁶ Classificazione cinese attribuita da Franz Kuhn all'enciclopedia cinese *Emporio celeste di conoscenze benevoli*, cit. in. Jorge L. Borges, *op. cit.*, p. 104.

¹⁷⁷ Pietro Grifone (Roma 1908-1983) è stato antifascista, partigiano nelle Brigate Garibaldi, dirigente del P.C.I. e deputato dal 1948 al 1968.

¹⁷⁸ In realtà Carlo M. era di Cagliari e solo da poco tempo si era trasferito a Milano dopo un periodo trascorso a Roma. In questo caso l'appartenenza geografica è riferita al domicilio.

A quel punto gli agenti della polizia politica avevano avuto gioco facile nell'organizzare la trappola ed arrestare l'intera cellula comunista romana che gravitava intorno a Grifone: Carlo M., Cesira Fiori, Donato Leoni, Marroni, Brandani e molti altri.

Per Carlo l'arresto non rappresentava una novità, già nel '30 era stato condannato dal Tribunale Speciale per la Difesa dello Stato (TSDS) per attività sovversiva e inviato al penitenziario di Castelfranco Emilia. In carcere *“si era mostrato indisciplinato ed aveva sempre cercato di fare propaganda sovversiva”*¹⁷⁹ e solamente grazie all'amnistia del decennale¹⁸⁰ era tornato in libertà. In capo a meno di un anno era nuovamente nei guai con il regime.

Alle autorità fasciste non serve un grande sforzo per fare il punto sull'identità da ricondurre a Carlo: è un sovversivo comunista, appartenente a *“una famiglia di irriducibili sovversivi”*¹⁸¹ ed è intimo amico di sovversivi comunisti tra cui Grifone, uno dei *“peggiori elementi”* che *“fa parte del gruppo degli intellettuali più pericoloso”*¹⁸².

Nel carcere giudiziario di Regina Coeli, a Roma, la vicenda di Carlo comincia a complicarsi. All'epoca del primo arresto Carlo era stato più di due anni in carcere e di questi circa sette mesi li aveva passati in isolamento; dopo nemmeno un anno di libertà era stato nuovamente confinato in una cella solitaria del quarto braccio dove aveva preso a rifiutare il cibo e deperire rapidamente. Con l'evolvere di questo secondo periodo di detenzione le condizioni di Carlo peggiorano rapidamente: diviene *“ossessionato dall'idea di essere lui il responsabile dell'arresto di tutto il gruppo”* e dal timore che *“senza averne avuto coscienza, avesse già parlato, tradendo suo malgrado gli amici, i compagni e il partito”*¹⁸³. In

¹⁷⁹ ACS, CPC, Carlo M. .

¹⁸⁰ L'amnistia del 4 novembre 1932 in cui vengono liberati più di mille fra detenuti politici e confinati.

¹⁸¹ ACS, CPC, Giovanna M. .

¹⁸² ACS, CPC, Grifone Pietro.

¹⁸³ Annibale Cogliano (a cura di), Giovanna Marturano, *Memorie di una famiglia comune*, Edizioni Quaderni Irpini, Gesualdo (Av) 1997, p. 44.

più, continuando a peggiorare lo stato fisico, ha anche un crollo psicologico, tant'è che *“i compagni nelle celle vicine lo udivano ridere, cantare, piangere e urlare cose senza senso con voce stravolta [e] anche i più forti, come Grifone, ne furono tanto turbati, che chiesero di essere messi insieme ad altri nella cella, per timore che anche i loro nervi cedessero”*¹⁸⁴.

Questo stato di alterazione psicofisica incrina la costruzione identitaria messa in piedi dalle istituzioni di pubblica sicurezza: al Carlo sovversivo potrebbe affiancarsi una nuova identità, quella del Carlo folle. La prima reazione dell'istituzione carceraria, conforme all'interpretazione originaria di sovversivo, legge questi eccessi come una simulazione e reagisce da par suo mandandolo in cella di rigore: isolamento, pancaccia, buio e un rigido regime di pane e acqua.

Ma le condizioni di Carlo non fanno che peggiorare e l'istituzione carceraria si vede costretta dagli eventi a prendere in considerazione l'ipotesi che all'identità di sovversivo se ne possa aggiungere, o sostituire, anche una di folle.

Il 17 novembre del 1933, dopo sei mesi di detenzione assai problematici, Carlo viene accolto nel manicomio provinciale di Roma affinché si risolvano i dubbi su un persistente stato di agitazione che si sospetta possa essere simulato. A prima vista la questione sembrerebbe relativamente semplice: Carlo viene incarcerato perché sovversivo e in seguito, con l'insorgere dei disturbi, si prende coscienza di una possibile psicopatìa. Le cose effettivamente stanno così, ma un'analisi dell'ovvio non è mai così semplice come sembra.

Perché a Carlo venga riconosciuta la possibilità di un'identità folle occorrono sei mesi di carcere duro, un deperimento psicofisico assai evidente¹⁸⁵ e, soprattutto, un periodo di ulteriori privazioni nella cella di rigore. Il punto è che nella definizione dell'identità di Carlo è fondamentale

¹⁸⁴ *Ibidem.*

¹⁸⁵ Nelle dichiarazioni di medici e parenti viene sempre definito “visibilmente deperito”, inoltre all'epoca dell'ingresso in manicomio le registrazioni riportano un peso di soli 45 kg per 162 cm di altezza che in pochi mesi, grazie alle cure ospedaliere, aumenta fino a 57.

la collocazione che gli viene accordata dalle autorità giudiziarie che lo hanno in carico e queste, avendogli affibbiato quella di sovversivo, non si piegano facilmente all'idea che mediante l'acquisizione di un'identità folle egli possa sfuggire alle conseguenze giudiziarie del suo agire. Ecco quindi che l'istituto carcerario, prima di accettare queste nuove possibilità e passare la parola al manicomio, impone all'individuo una serie di prove e verifiche che non hanno nulla a che fare con una ricerca scientifica della verità e ricordano invece un'ordalia. Solo quando avrà accumulato un certo numero di 'meriti di sofferenza' Carlo si sarà guadagnato la possibilità di una revisione della sua identità.

Una volta passato in manicomio Carlo entra in una nuova fase che prevede la compresenza di due diverse identità: il sovversivo e l'agitato. Il Santa Maria, però, non è solamente il luogo della compresenza di due diverse identità ma è anche un luogo in cui l'assetto istituzionale permette maggiori possibilità d'interferenza nel determinare le ulteriori evoluzioni della vicenda. Nel periodo carcerario, ad esempio, la famiglia M. non aveva avuto grandi possibilità di accesso alle informazioni riguardanti il proprio congiunto e ancor meno aveva avuto la possibilità d'influenzarne i destini. Una volta in manicomio, invece, le comunicazioni si fanno sempre più facili e il rapporto con le istituzioni è molto meno oppressivo. Se all'epoca della detenzione le risposte della questura ai parenti di Carlo erano state sprezzanti e quelle del carcere vaghe e insufficienti¹⁸⁶ – tant'è che del trasferimento di Carlo al Santa Maria la famiglia verrà a conoscenza tramite intermediari – una volta in manicomio la signora Antonietta P., madre del ricoverato, ha buon gioco a mettere in campo i mezzi a disposizione del proprio network. Carlo in breve diventa non solamente un sovversivo e un agitato in stato confusionale, ma anche un giovane dal "padre facoltoso", uno studente universitario e un paziente raccomandato dall'Ill.mo collega

¹⁸⁶ Cfr. Annibale Cogliano (a cura di), Giovanna Marturano, *op. cit.*, pp. 42-43.

prof. Cesare Marroni, padre del suo amico ed ex compagno di detenzione nonché direttore della Clinica Marroni per tubercolotici¹⁸⁷.

In capo a breve, quindi, le identità compresenti e operanti nella persona di Carlo diventano tre: sovversivo, agitato e giovane di buona famiglia. A questo punto l'esito della vicenda riguarda principalmente il gioco delle parti fra gli attori in scena e la loro capacità di imporre il più possibile l'identità congeniale ai propri fini.

L'esito finale sarà favorevole alla famiglia M. Carlo verrà infatti riconosciuto affetto da stato di agitazione intensa e tenuto in manicomio abbastanza a lungo perché la temuta condanna al confino si trasformi in ammonizione con regime di sorveglianza¹⁸⁸ per poi essere dimesso clinicamente guarito il 28 settembre del '34. Era una soluzione, questa, che veniva incontro a tutte le esigenze e rispondeva a tutte le forze che si erano messe in moto per influenzare i destini del paziente. La famiglia, determinata a salvare il proprio congiunto, vedeva scongiurata l'ipotesi di un invio al confino; il manicomio, in un caso così spinoso, poteva riservarsi un ruolo defilato e puramente 'medico' riguardo alla vicenda; infine, la pubblica sicurezza, cui mancava l'interesse individuale per questa vicenda, si accontentava dell'ammonizione di un individuo cui per il momento aveva spezzato l'equilibrio psichico.

Di questa vicenda abbiamo una traccia importante del punto di vista familiare e, caso rarissimo, degli eventi immediatamente successivi alla dimissione. È proprio questa testimonianza che permette di parlare senza quasi nessun margine di errore di un disagio mentale realmente vissuto da Carlo. Nelle memorie familiari, che ricordano l'invio in cella di rigore come una "tragica idiozia" dei carcerieri, così vengono narrate le visite in manicomio:

¹⁸⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Carlo M., 1934.

¹⁸⁸ Tutti gli altri protagonisti della vicenda (Grifone, Marroni, Brandani, Leone, Fiori e Marini) vennero condannati al confino.

Le nostre visite a Carlo erano un incubo. Al nostro stato d'animo si aggiungeva la triste atmosfera del Santa Maria della Pietà: i viali non appartenevano ad un giardino come gli altri; i bambini, che giocavano sotto la sorveglianza di donne in camici bianchi, sembravano quasi innaturali, così rosei e belli, rispetto alla loro terribile infermità; i pazzi adulti, affacciati alle finestre dei padiglioni, ci apostrofavano con strani discorsi e ancor più strani gesti, fissandoci con i loro folli occhi, mentre noi affrettavamo il passo piene di paura e pena. E poi Carlo, così cambiato, così diverso, magrissimo, tutto curvo, con la testa bassa rapata a zero, ci guardava furtivamente con quei suoi occhi allucinati e cerchiati di nero, nel volto pallido e scavato. Occhi più penosi ancora, quando, a tratti, lampeggiava una luce di ragione: le palpebre si arrossavano e grosse lacrime scorrevano lentamente nel suo volto, così impenetrabile e forte un tempo. Il più delle volte Carlo non ci riconosceva. Al nostro arrivo, nascondeva le mani dietro la schiena e, raggomitolandosi, si scostava con ripugnanza ad ogni nostro tentativo di contatto fisico. Nei primi tempi avevano dovuto alimentarlo con la sonda e immobilizzarlo urlante con la camicia di forza. Un'acuta sofferenza c'invadeva quando vedevamo i suoi polsi, solcati da due profonde cicatrici ancora arrossate. La mamma, le prime volte - come ci raccontò la signora Ines Marroni - si fermava prima di entrare e piangeva convulsa, piegata su se stessa; poi, con grande sforzo, si calmava, si lavava gli occhi in una fontanella e, con un volto sorridente e sereno, entrava nell'ospedale. E la cosa che più addolorava la signora Marroni era proprio questo sorriso, fisso e doloroso, con cui entrava da Carlo¹⁸⁹.

Ma le sofferenze non finiscono con la dimissione dal manicomio. Ecco come viene descritto il ritorno a casa di Carlo:

Carlo è più taciturno e nervoso che mai [...] sta di nuovo male, spesso parla da solo con il viso chino concentrato in se stesso, ricomincia a non voler mangiare. E' una sofferenza vederlo. Per ore legge infinite volte una sola frase, sottolineandola prima in nero, poi in blu e in rosso, scuotendo la testa e agitando le mani. Il babbo lo fa visitare prima da un dottore e poi da un altro. Carlo è malato, clinicamente guarito vuol dire poco; gli ordinano dei calmanti, fra i quali il bromuro. Per mesi noi mangiamo senza sale, perché la mamma teme che Carlo si accorga del bromuro mescolato alle vivande che le rende salate. Ma Carlo peggiora ancora e i medici ci dicono che non è prudente farlo uscire da solo. Noi siamo costretti ad instaurare dei turni quando esce. Egli si meraviglia, protesta, si irrita, e noi, pur sentendoci molto a disagio, siamo costretti ad imporgli la nostra scorta. Talvolta, quando è molto agitato, la mamma si mette davanti alla porta con le braccia tese e con molta decisione gli dice: - "Non passerai che sul mio corpo." - Carlo con voce secca, ma controllata, ci chiede: " Perché, perché? Che cosa vi siete messi in testa?", ma infine cede, scuotendo le spalle, senza mai fare un atto violento¹⁹⁰.

La vicenda di Carlo mostra in modo chiaro l'impossibilità di ridurre all'uno l'identità di un individuo, identità che è invece sempre formata da molteplici aspetti compresenti e in perenne evoluzione. Nelle carte che lo riguardano è evidente lo stridente contrasto nei toni e nel merito delle valutazioni a suo

¹⁸⁹ Annibale Cogliano (a cura di), Giovanna Marturano, *op. cit.*, p. 44.

¹⁹⁰ Ivi, p. 45.

riguardo accordategli dai vari attori sociali coinvolti: per la pubblica sicurezza, che usa toni molto duri, è un poco di buono; per il manicomio, invece, che tratta la questione con i toni neutri di un blando interesse clinico, è un giovanotto bene con un lieve esaurimento; la famiglia, infine, che ama il suo congiunto e vede quasi solamente il lato umano delle sofferenze patite, è una vittima da salvare. Tutti si rivolgono a un Carlo realmente esistente e presente nella vicenda ma ognuno lo fa secondo i modi consoni alla particolare identità che ha accordato all'individuo, o meglio, dando risalto e precedenza, tra le varie identità possibili, a quella più consona al rapporto che ha avuto con l'individuo e alle proprie esigenze. L'identità che viene riconosciuta a Carlo dai vari attori presenti sulla scena è quindi la risultante di un complesso intreccio di fattori non tutti riconducibili al solo stato clinico del paziente.

Nonostante quello di Carlo fosse un caso particolare, in manicomio, ai primi del Novecento, la questione della definizione dell'identità di un individuo assumeva comunque un aspetto cruciale nel determinare i destini dei ricoverati. Stretti fra un indirizzo biopatologico che di certezze scientifiche ne aveva prodotte assai poche e travolti dagli effetti di una selettività nei ricoveri quasi inesistente, gli psichiatri dei manicomi italiani si ritrovavano da sempre a fare i conti con una massa debordante di pazienti e ben pochi strumenti d'indagine e analisi psicopatologica che non fossero quelli tradizionali di una rozza e sbrigativa indagine storico-comportamentale. Se la malattia mentale ha ancora oggi qualcosa d'inafferrabile, nella situazione del primo dopoguerra la presentazione del paziente e degli accidenti della sua vita diventava spesso l'unica base per l'identificazione del patologico: era inevitabile quindi che poter imporre una determinata lettura dell'identità di un ricoverato molto spesso equivaleva a deciderne il destino. I margini di manovra in merito erano solitamente molto ampi e davano ampia possibilità d'interferenza ai ricoverati e ai loro congiunti.

Il caso più evidente è quello dei numerosissimi alcolizzati cronici internati in manicomio perché estremamente violenti e poi immediatamente dimessi in quanto unico sostegno di famiglie povere e spesso numerose.

Ubaldo D.T., 42 anni, di Castel Gandolfo, in preda all'alcool ha percosso la moglie e l'ha cacciata fuori di casa senza nemmeno i vestiti; poi, non contento, *“ha ucciso un cavallo ed ha esposto le viscere e le ossa del medesimo alla finestra”*¹⁹¹. È sempre stato un ubriacone molesto e litigioso e dopo questo episodio viene immediatamente internato per stato di agitazione su base alcolica. Fin da subito le pressioni della moglie per riaverlo a casa mettono in crisi il facile riconoscimento di Ubaldo come folle: è padre di quattro figli e unico sostegno della misera famiglia. L'alternativa è quindi scegliere tra il folle e il *pater familias*. Il manicomio, come in molti altri casi analoghi, si piega alla 'ragion di Stato' dimettendo Ubaldo ancor prima che termini il periodo di osservazione.

Circa 30 anni dopo, nel 1924, Ubaldo è di nuovo in manicomio per eccessi commessi in stato di ebbrezza mentre si trovava a Roma. Dopo pochi mesi di degenza il Santa Maria si decide per la guarigione, ma Ubaldo non è più un *pater familias*, è un anziano di 73 anni e un peso per la famiglia. Manicomio e figli decidono quindi sia meglio cronicizzarlo: morirà in istituto nel 1937 dopo 13 anni di ricovero. Anche in questo caso, non c'è niente di originale nel modo in cui il manicomio modifica le proprie azioni in base alle spinte della situazione particolare.

Le vicende di Carlo e di Ubaldo mostrano dei casi in cui la scelta di una particolare identità fra quelle alternative e compresenti era stata tutto sommato agevole e poco problematica. Alle volte, però, la scelta fra varie alternative nell'associare un paziente a una determinata identità personale era questione della massima importanza e dava vita a dei veri e propri scontri per l'identità.

Un caso limite, e proprio per questo esemplare, riguarda le psiconevrosi belliche insorte durante la Grande guerra del '15-'18. È opinione largamente

¹⁹¹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ubaldo D.T., 1937.

condivisa dalla storiografia contemporanea che la Prima guerra mondiale sia stata una prova psichica immane e dalle conseguenze spesso devastanti¹⁹². Di fronte alle spaventose novità della guerra tecnologica, all'estrema brutalità della vita di trincea e all'insensato rigore vessatorio della disciplina militare sabauda, tra i fanti di trincea si affermò con sempre maggior forza l'insopprimibile esigenza di un'immediata fuga dal conflitto.

Questo stato di cose non poteva che riflettersi in una diffusa tendenza all'automutilazione, alla simulazione di nevrosi e, più in generale, a quanto potesse permettere l'allontanamento dai combattimenti senza doversi risolvere nella pura e semplice diserzione le cui conseguenze erano quasi sempre fatali.

In tale contesto il rapporto fra psiconevrosi belliche e perizie psichiatriche andò degenerando in un vero e proprio scontro fra le autorità mediche dell'esercito e i propri pazienti. Alla base dello scontro c'era l'onnipresente sospetto di questi che il paziente fosse un simulatore e, qualora questo non fosse, c'era comunque l'esigenza insopprimibile di recuperarlo immediatamente alle fatiche di guerra per poterlo prontamente reintegrare nei ranghi.

È evidente che in simili condizioni il destino di un individuo si giocasse tutto sul fronte dell'identità: chi veniva riconosciuto come folle era più o meno salvo, per tutti gli altri c'erano il tribunale militare o il fronte.

Nel manicomio di Roma, che aveva nel XV padiglione di Monte Mario un reparto specifico per militari psicopatici, questo scontro si manifestava in maniera indubbiamente meno cruenta che non nelle immediate vicinanze del fronte; d'altronde l'ospedale di Monte Mario era un ricovero civile e la distanza dal fronte non faceva che alleggerire la pressione degli organismi militari per un pronto e immediato reintegro. Eppure, anche nelle corsie dell'istituto romano è possibile ravvisare l'importanza della lotta per l'identità che si svolse in quegli anni tra medici e pazienti.

¹⁹² Cfr. Bruna Bianchi, *La follia e la fuga*, Bulzoni, Roma 2001; Antonio Gibelli, *L'officina della guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 1998; Diego Leoni, Camillo Zadra, *La Grande Guerra*, il Mulino, Bologna 1986.

Il soldato Luigi D. nell'ottobre del 1917 era stato trasferito al manicomio di Lucca dove si era subito distinto come un paziente difficile: appena entrato aveva morso due infermieri che si erano visti costretti a legarlo. Sempre irrequieto rispondeva *“che non sa nulla perché ha perduto la memoria, dice di non sapere più il nome dei suoi genitori, della patria, l'età, solo dice di sapere il suo nome e cognome. Ogni tanto straluna gli occhi, ogni tanto nitrisce”*¹⁹³.

Il suo atteggiamento non doveva essere dei più convincenti; venne così convocato dai medici di Lucca i quali gli comunicarono che *“il suo modo di condursi lo appalesava manifestamente simulatore”*¹⁹⁴ e gli consigliarono *“di smettere di fare il matto”* con la minaccia di redigere *“una modula molto grave a carico suo”*¹⁹⁵.

Luigi capisce immediatamente di stare mettendo a rischio la propria identità di folle e cambia subito registro, smorzando i toni e prendendo a lamentare debolezza e prostrazione senza più infierire sugli infermieri.

Nonostante per i medici fosse ormai scontata ed evidente la simulazione, la dimissione non era comunque a portata di mano. Deciso ad ottenere le stigmate della follia e minacciato dai medici in merito al comportamento aggressivo, Luigi stava infatti tentando la via dell'autolesione: prima diede vita a un goffo tentativo d'impiccarsi con una camicia, poi assunse un comportamento agitato e autolesionista così accentuato che gli infermieri *“sono costretti spesso a ricorrere all'uso di energici sedativi”*¹⁹⁶. Alla fine i medici del frenocomio di Lucca giunsero alla conclusione *“che non si può pensare di essere di fronte ad un uomo normale”*¹⁹⁷.

L'itinerario manicomiale di Luigi non si fermò a Lucca e nel marzo del 1918 fu trasferito a Roma, ennesima tappa del suo lento ritorno dal fronte alla natia Napoli.

¹⁹³ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi D. 1918.

¹⁹⁴ Ivi.

¹⁹⁵ Ivi.

¹⁹⁶ Ivi.

¹⁹⁷ Ivi.

Nell'istituto romano Luigi riprese il suo confronto con il corpo sanitario prendendo ad essere irrequieto e violento. Per i medici romani, che ben conoscevano le conclusioni cui erano giunti i loro colleghi lucchesi, nonostante vi fosse nel suo comportamento *“un certo carattere di ostentazione e teatralità”*, *“la sua agitazione prolungata e violentissima non era [però] compatibile con uno stato di simulazione”*¹⁹⁸. La diagnosi conclusiva dello staff sanitario del Santa Maria fu quindi di una *“supersimulazione come aggravamento di una pregressa simulazione volontaria”*¹⁹⁹. Attraverso una prolungata e violenta sfida con medici e infermieri, Luigi era riuscito a imporre per sé un'identità di folle che gli avrebbe consentito di abbandonare un conflitto che non aveva più intenzione di combattere.

La storia di Luigi, come d'altronde quelle di molti altri tra militari e criminali, riduce le problematiche legate all'identità alla dimensione minima del riconoscimento o meno della follia. In queste vicende, che sono generalmente quelle delle perizie richieste dall'autorità, il punto in questione non è mai l'indagine sulla patologia ma invece la semplice constatazione o meno della sua esistenza. Fissato il compito dell'azione istituzionale offerta dal manicomio nel riconoscere o meno l'esistenza della simulazione, ne deriva un modello d'indagine che mette in disparte l'aderenza alla *“nosografia teorica”* per lasciarsi permeare dalla forza delle richieste e delle manovre messe in atto dalle parti in causa. Non è un caso che per i militari affetti da psiconevrosi belliche si ricorresse spesso alla diagnosi di *amentia*²⁰⁰ ormai da tempo in disuso e mai realmente diffusa nella tradizione del manicomio romano. L'impressione è che nel momento in cui un internamento determina l'incontro fra teoria psichiatrica e realtà gli

¹⁹⁸ Ivi.

¹⁹⁹ Ivi.

²⁰⁰ L'amentia (o amenza) venne isolata come forma di psicosi autonoma dallo psichiatra organicista Theodor Meynert negli anni '80 dell'Ottocento. Come forma psicotica si presentava con molteplici manifestazioni sintomatiche come ansia, disorientamento, delirio, confusione, disturbi della memoria, agitazione psicomotoria e stati catatonici. Proprio questa varietà sintomatologia ne faceva uno strumento adatto alla certificazioni di psiconevrosi belliche di tipo non traumatico.

psichiatri adottino un doppio registro di azione, una sorta di doppia morale fra scientificità pubblica e capacità di adattamento nelle pratiche d'internamento.

Per quanti non erano sottoposti a procedimento giudiziario raramente si riscontrano toni tanto drammatici in seno alla lotta per l'identità; in compenso la questione era generalmente più complessa. Le esigenze e le capacità di manovra dei 'civili' erano infatti molto più variegata e sofisticata e, soprattutto, potevano avvantaggiarsi di un minore interesse da parte delle autorità nell'affermare le proprie esigenze.

Al di là dei casi limite come quelli dello "smemorato di Collegno"²⁰¹ e del "falso medico che morì dentista"²⁰², la realtà quotidiana dello scontro per l'identità riguardava principalmente la costruzione e l'attribuzione di una particolare collocazione individuale. D'altronde *"il sé ... non è qualcosa di organico che abbia una collocazione specifica, il cui principale destino sia quello di nascere, maturare e morire; è piuttosto un effetto drammaturgico di una scena che viene rappresentata"*²⁰³, e spesso è proprio la rappresentazione di una scena quella che viene messo in piedi da medici e pazienti nel corso di un internamento.

²⁰¹ Cfr., Lisa Roscioni, *op. cit.*, Einaudi, Torino 2007.

²⁰² Galileo B., nato nel 1866, secondo di nove figli di "un chirurgo minore" darà vita ad uno scandalo con ripercussioni giudiziarie in quanto riuscì a truffare autorità laiche ed ecclesiastiche presentandosi di volta in volta come finto sacerdote, finto vescovo e falso monaco (Cfr. Paolo Sorcinelli, *Una storia da manicomio*, Mondadori, Milano 2008).

²⁰³ Erving Goffman, *La vita...*, p. 289.

4. Il capitale sociale: reti sociali, famiglia e patronage

*Onora tuo padre e tua madre,
come il Signore Dio tuo ti ha
comandato, perché la tua vita sia
lunga e tu sii felice nel paese che il
Signore tuo Dio ti dà²⁰⁴.*

È stato scritto che gli internamenti manicomiali, coinvolgendo una pluralità di istituzioni, davano luogo a “*un continuo gioco di corresponsabilità, mediazioni e rinvii, che conferirà un carattere polifonico a tutta la complessa gestione istituzionale della malattia mentale*”²⁰⁵.

Tale considerazione ha il merito di mostrare chiaramente come nel ‘gioco’ delle dinamiche manicomiali intervenissero, oltre alla direzione medica del manicomio che aveva sempre un ruolo centrale, numerosi attori istituzionali con poteri, competenze ed esigenze proprie.

Il campo degli attori istituzionali coinvolti non va però ristretto al solo alveo degli appartenenti a istituzioni formali e dotati di poteri altrettanto formali²⁰⁶, va invece allargato a tutti coloro che, in un modo o in un altro, riuscivano a interferire e condizionare queste dinamiche. E questo anche quando ciò avveniva tramite poteri ‘informali’²⁰⁷.

²⁰⁴ Deuteronomio, 5,16.

²⁰⁵ Vinzia Fiorino, *op. cit.*, p. 38.

²⁰⁶ Ad esempio il direttore del manicomio che esprimeva una diagnosi e il giudice del tribunale che formalizzava in termini di legge un internamento o una dimissione.

²⁰⁷ Un campo assai vasto che va dalle relazioni di vicinato analizzate nei precedenti paragrafi al potere di garanzia e persuasione che potevano esercitare parroci e notabili. Più

In questo guazzabuglio di istituzioni coinvolte solamente la famiglia riesce a eguagliare l'influenza e la centralità della direzione medica del manicomio²⁰⁸. Questa particolare istituzione era al contempo investita sia di poteri legali ben definiti, come quelli di potestà e curatela, sia di poteri immateriali assai vasti ed eterogenei, che spaziavano dalla possibilità di influenzare una costruzione identitaria alla rivendicazione delle necessità extrasanitarie legate alla permanenza o meno in manicomio di un congiunto. D'altronde i criteri di pericolosità e pubblico scandalo hanno finito per comprendere anche lo scandalo privato e l'incapacità produttiva, proprio in omaggio alle esigenze del nucleo familiare di difendere il proprio onore e la propria sussistenza²⁰⁹.

L'insieme di queste forze che gravitavano intorno al paziente rappresenta il mondo di relazioni e influenze che compartecipavano alle decisioni per un internamento o una dimissione. Una parte cospicua di questo mondo di relazioni è considerabile come appartenente al network proprio di un ricoverato e può essere definita come il "capitale sociale"²¹⁰ di un internato. Per quanto riguarda questo lavoro userò quasi indistintamente termini quali rete sociale, network e capitale sociale per riferirmi a tutto il complesso di relazioni sociali che gravitano intorno a un internato. La differenza fra i vari tipi di relazione e l'importanza preponderante della famiglia in seno a questi

in generale ci si riferisce a tutto quel genere di poteri insiti in una qualsiasi relazione (Cfr. Michel Foucault, *La volontà...*, cit.).

²⁰⁸ Genericamente con il termine 'istituzione' si intendono entità sovraindividuali ben definite preposte alla gestione e al governo di settori ben specifici della vita sociale (lo Stato, la Chiesa, il manicomio). In questo lavoro le intendo in senso più ampio, ovvero come insieme di norme o persone che regolano e codificano aspetti del comportamento individuale (il linguaggio, la famiglia, l'educazione).

²⁰⁹ Cfr. in questo lavoro p. 41.

²¹⁰ Il "capitale sociale" (o relazionale) è l'insieme di risorse di cui un individuo può usufruire grazie alla ragnatela di rapporti sociali in cui è inserito. Può essere inteso in funzione strumentale, o individualista, quando lo si considera come un insieme di benefici di cui l'individuo cerca di appropriarsi tramite i rapporti sociali, o in senso più 'relazionale', o collettivista, quando lo si considera come 'bagaglio sociale' ed esperienziale di cui un individuo è portatore e al quale è vincolato in rapporti di scambio (Cfr. James Coleman, *Fondamenti di teoria sociale*, il Mulino, Bologna 2005, e Robert Putnam, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano 1993).

mi spinge, limitatamente a questo paragrafo, a fare inizialmente una divisione all'interno del più generale concetto di capitale sociale.

Nelle dinamiche manicomiali esistono infatti diversi modi di azione e di intervento a seconda dell'intimità del legame tra paziente e risorsa sociale e a seconda del tipo di ruolo riconosciuto dalla società all'attore coinvolto nelle dinamiche dell'internamento.

Distinguo principalmente tre grandi tipologie di risorse cui potevano disporre i pazienti internati: la famiglia, i mediatori istituzionali e la rete di rapporti sociali non intimi. Tra questi la famiglia fa la parte del leone e, per comodità, mi riservo di entrare nel dettaglio del funzionamento del sistema di rete sociale solamente in riferimento ad essa, nonostante che molte spiegazioni siano valide anche per le altre tipologie.

Nella polifonia istituzionale che interessava le dinamiche dell'internamento manicomiale del primo dopoguerra compaiono all'opera molti dei personaggi principali delle vicende sociali di quell'epoca: parroci, medici, poliziotti, sindaci, podestà e gran parte di quanti, nella storia del nostro paese, abbiano vestito una qualsiasi tonaca, divisa o fascia tricolore. In un internamento molti di questi attori istituzionali funzionavano al contempo sia come operatori neutri che come operatori partecipativi. Nel primo caso mi riferisco principalmente a quelle figure istituzionali come sindaci, agenti di P.S. o medici che nel corso delle proprie funzioni intervenivano d'ufficio nelle vicende manicomiali ma che con esse non avevano nessun tipo di coinvolgimento personale. In questi casi non si può certamente parlare di capitale sociale, ma vi era il caso – e riguarda anche questi particolari attori sociali investiti di compiti d'ufficio – che questi attori istituzionali intervenissero mettendo le proprie qualità al servizio diretto di un fine legato alla vicenda specifica di un determinato internamento, e che il coinvolgimento nella vicenda avesse in parte carattere personale. Per cui parroci, sindaci e medici di paese funzionavano spesso sia come mediatori culturali nel flusso d'informazioni tra il manicomio e la famiglia che come

intermediari socialmente qualificati tra le parti in causa²¹¹. In molti casi sono i sindaci, poi i podestà, e i parroci a scrivere direttamente al manicomio per conto di gruppi famigliari analfabeti o non in grado di sostenere una proficua corrispondenza con l'istituzione medica. Ancora più diffuso è il caso in cui questi, ma anche agenti di Pubblica Sicurezza e medici condotti, venivano chiamati in causa direttamente dalla famiglia ad avvalorare le richieste di dimissione o di mantenimento in manicomio testimoniando sulle condizioni della famiglia o sulla biografia comportamentale del paziente. Questo tipo di coinvolgimento delle cariche istituzionali era la norma nelle piccole comunità di paese, dove le ridotte dimensioni dell'abitato rendevano più facile la commistione fra personale e istituzionale in questo genere di rapporti sociali.

Del capitale sociale facevano parte anche i rapporti personali dell'internato non necessariamente riconducibili all'ambito famigliare, principalmente i rapporti lavorativi e quelli di prossimità²¹².

L'importanza di questo tipo di risorse coinvolgeva sia l'aspetto immateriale di un internamento, come si è visto in merito all'etichettamento e alla costruzione di un'identità deviante, sia quello più eminentemente pratico mediante il trasferimento di risorse a favore dell'internato. Il caso più ovvio ed esemplificativo è quello delle relazioni di *patronage* che s'instauravano fra dipendenti e datori di lavoro o, più in generale, fra notabili e 'clientele'. Per cui nel rapporto tra signore e personale di servizio, fra capofficina e operaio o anche fra parroco e parrocchiani esisteva tutta una grammatica di diritti e doveri reciproci che, spesso e volentieri, interveniva anche in un procedimento manicomiale. Sebbene fosse in via di erosione a causa del miglioramento dell'assistenza di diritto, nel primo dopoguerra l'importanza di questo tipo di rapporti era ancora ben lungi dall'aver perduto valore nella

²¹¹ Cfr. Luciano Allegra, *Il parroco: un mediatore fra alta e bassa cultura*, in *Storia d'Italia*, Annali 4, Einaudi, Torino 1981.

²¹² S'intende tutta quella sfera di rapporti sociali non intimi (parentali o assimilabili) che derivano dal contatto sociale che consegue a un determinato tipo di vita. Per cui sono considerati come contatti di prossimità i colleghi, i commilitoni, i vicini di casa, i compaesani e così via.

lotta per la sopravvivenza. Rispetto all'epoca d'oro dell'assistenzialismo pontificio post-tridentino, a Roma la raccomandazione non era più una necessità per accedere alle protezioni sociali, ma era ancora un notevole valore aggiunto a qualsiasi richiesta si potesse avanzare alle istituzioni assistenziali. Per il manicomio le raccomandazioni non erano mai state una condizione fondamentale per il ricovero, anzi, almeno fin dal secolo XIX l'internamento era un provvedimento spesso imposto e di certo non al centro del mercato dei favori. Eppure, nonostante la legge del 1904 ne avesse ormai una fatta questione di diritto, nel movimento di entrata e, ancor più, di uscita dal manicomio provinciale di Roma la presenza di una raccomandazione influente è spesso determinante nel decidere il destino di un ricoverato.

Angelo S. ha 23 anni quando viene internato nel Santa Maria della Pietà per una sindrome schizofrenica. Arrivato in manicomio si ribella con sputi e pugni alle pulizie e alla rasatura di rito, per poi proseguire la degenza in un continuo stato di irrequietezza e agitazione. Dopo circa quattro mesi di ricovero in cui si era sempre dimostrato agitato, irrequieto, sudicio e insonne viene segnalato per un tentativo di fuga non riuscito. Nel prosieguo la degenza migliora leggermente dal punto di vista comportamentale ma non da quello clinico: sostanzialmente si calma ma *“non ha nessuna coscienza della sua malattia [...] è fatuo, negativista e reagisce con facilità agli impulsi”*²¹³. Insomma, è un 'cliente' impegnativo, di quelli che è meglio perdere che trovare. Angelo è nato a Lecce e lì conserva la sua residenza quinquennale che fa da riferimento per l'invio in manicomio; non sarebbe difficile per il Santa Maria disfarsene con un repentino invio al manicomio leccese, eppure questo non accade se non dopo quasi due anni di ricovero nella capitale.

A impedire il normale iter amministrativo della vicenda di Angelo è lo sfruttamento del capitale sociale disponibile messo in atto dal padre. Come dipendente del ministero delle Finanze egli si rivolge alla propria istituzione

²¹³ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Angelo S. 1937.

di riferimento per chiedere protezione da un trasferimento a Lecce, che renderebbe disagiata per lui, impiegato a Roma, seguire la degenza del figlio²¹⁴. Tramite Roberto Rossi, capogabinetto del ministero delle Finanze, l'interessamento per la vicenda arriva niente meno che a Federzoni²¹⁵, il quale, sempre tramite Rossi, sottoscrive una raccomandazione a favore di Angelo affinché gli venga usata *“particolare benevolenza e non venga trasferito fuori di Roma”*²¹⁶. La raccomandazione è molto forte e Giannelli immediatamente si adegua bloccando il trasferimento e facendo chiara richiesta al primario del IV padiglione: *“raccomando per tutti quei maggiori possibili riguardi il ricoverato in oggetto, di cui se ne interessa S.E. Federzoni presidente del Senato del Regno”*²¹⁷.

Con la definizione di ‘capitale sociale’ si rende bene l’idea dell’uso strumentale che un paziente poteva fare delle risorse messegli a disposizione dalle relazioni personali.

Luciano C. ha 21 anni quando viene internato nel Santa Maria della Pietà perché affetto da *“stati psicopatici in fondo epilettico”*. Secondo il diario del XVIII reparto, quello per i criminali, Luciano era stato internato perché il 30 novembre del 1923 *“per la via consolare di Piperno [dove era nato e viveva] cingendo a tracolla una fascia rossa [...] andava passeggiando con fare spavaldo e provocatore. I carabinieri di servizio, temendo che il suo atteggiamento desse luogo a qualche incidente con i fascisti di Piperno, che forse avrebbero potuto interpretare quel suo contegno come ostile alle loro*

²¹⁴ La consuetudine delle raccomandazioni e la diffusione del sistema di *patronage* avevano una lunga e gloriosa tradizione nell’assistenzialismo romano fin dall’età dell’assistenzialismo post-tridentino. Ancora per la prima metà del Novecento è possibile considerare tali relazioni clientelari come una sorta di compensazione alle insufficienze del sistema assistenziale. Non faceva eccezione neanche il Santa Maria della Pietà, che nei confronti dei propri dipendenti provvedeva a raccomandazioni presso l’Istituto per le case popolari e a cui garantiva assistenza sanitaria gratuita presso altri ospedali.

²¹⁵ Luigi Federzoni (1878-1967) fu uno dei protagonisti del nazionalismo italiano d’inizio Novecento insieme a Enrico Corradini e Alfredo Rocco. Divenuto deputato, nel 1923 confluì nel Partito Nazionale Fascista e fu a più riprese ministro. Dal 1929 al 1939 ricoprì la carica di Presidente del Senato del Regno.

²¹⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Angelo S. 1937.

²¹⁷ Ivi.

opinioni, lo fermarono”²¹⁸; vistosi in stato di fermo, Luciano aveva invano cercato di fuggire ed era stato messo agli arresti nella locale caserma dei carabinieri. Durante la permanenza in caserma si era ulteriormente agitato, aveva distrutto alcune panche e aveva insultato un maresciallo e per questi motivi era stato trasferito al carcere mandamentale. Nemmeno qui, però, si era deciso a calmarsi ma aveva invece continuato nello stato di agitazione “*sputando in faccia ai custodi, bestemmiano e rifiutando di mangiare*”²¹⁹. Al momento dell’inevitabile ingresso in manicomio Luciano è “*eccitato, arrogante, eccitabile, bestemmia, minaccia, impulsivo e sprezzante*”²²⁰ e viene quindi bollato come agitato da contenere. Per tutto il prosieguo della degenza lo stato di agitazione di Luciano non cessa mai e ancora nell’aprile del 1924, un anno dopo l’ingresso, la comunicazione dell’assoluzione per infermità di mente dall’imputazione di oltraggio lo coglie in uno stato di “*agitazione periodica con impulsi violenti*”²²¹. Per quanto riguarda lo staff del manicomio di Roma la dimissione di Luciano non sarebbe neanche all’orizzonte, eppure il 28 marzo del 1925, dopo due anni di degenza, viene dimesso per ordine del tribunale. A forzare per la dimissione di Luciano, dimostrando tutta la permeabilità del processo decisionale delle istituzioni statali, era stata la rete di relazioni che gli gravitava intorno e che aveva messo sotto pressione tanto il manicomio che il tribunale. In principio la famiglia aveva fatto pressioni dirette verso i sanitari perché autorizzassero la dimissione, poi aveva coinvolto il principe Boncompagni, deputato, nel tentativo di convincere il manicomio a una dimissione e infine, dopo l’assoluzione, era giunta anche una richiesta da parte della Federazione Laziale-Sabina del P.N.F. Verso la fine del 1923 la rete che si era attivata in favore delle dimissioni cambia lentamente destinatario delle sue manovre, rivolgendo sempre più attenzione alla Procura e al Tribunale. Il persistere dello stato di agitazione violenta, infatti, impediva allo staff medico di

²¹⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luciano C., 1925.

²¹⁹ Ivi.

²²⁰ Ivi.

²²¹ Ivi.

assumersi la responsabilità di una dimissione per guarigione: era per questo necessario che la dimissione del paziente avvenisse d'imperio da parte delle autorità civili, in modo da salvaguardare il manicomio da eventuali responsabilità future. La scelta di cambiare obiettivo era quindi assolutamente ragionevole e forse era stata suggerita dal manicomio stesso. In capo a meno di un anno, nonostante il quadro clinico fosse rimasto sostanzialmente immutato, la famiglia di Luciano riesce a ottenere una dimissione per ordine del Tribunale.

In realtà il capitale sociale non è una qualità che viene posseduta da una persona. Rappresenta l'insieme delle risorse di cui soggetti all'occorrenza possono disporre²²², certamente, ma non viene propriamente posseduto come fosse una proprietà o una qualità personale e alle volte può interferire in modo diverso da quello voluto dall'individuo cui è collegato²²³. È questo il caso di Oberdan C., bolognese di 21 anni, internato nel manicomio di Sant'Onofrio nell'aprile del 1937 per una sindrome schizofrenica assai poco convincente. La vicenda riportata nella cartella clinica racconta che era venuto a Roma perché non andava d'accordo col patrigno e che voleva mantenersi facendo il giornalista. Durante la permanenza romana venne fermato senza documenti e trattenuto per accertamenti in questura dove, in capo a due giorni, venne ritenuto matto e inviato prima al Policlinico e poi al manicomio. Nell'istituto romano il personale medico è alquanto scettico riguardo alla sua malattia mentale; anzi, inizialmente è chiaramente contrario all'eventualità di diagnosticare una psicopatia, eppure lo trasferisce con una diagnosi di schizofrenia alla casa di cura Villa Verde di Bologna dopo nemmeno un mese di degenza. Il problema di Oberdan non era di tipo medico: era quello di essere orfano di padre e di coltivare sogni giornalistici che nell'immediato avrebbero apportato ben poco benessere alla sua nuova famiglia. È la famiglia, infatti, che scrive al manicomio insistendo affinché la dimissione venga sostituita dall'immediato invio alla

²²² Cfr. John Scott, *L'analisi delle reti sociali*, Carocci, Roma 2003.

²²³ In questi casi risulta più fruttuoso parlare di reti sociali piuttosto che di capitale sociale (cfr. sopra).

casa di cura Villa Verde di Bologna, insistendo inoltre che il trasferimento avvenga con personale del Santa Maria *“ritenendo utile che il malato abbia l'impressione che anche questo trasferimento avviene d'autorità. Ciò perché mio figlio non pensi che questa degenza in ospedale e la successiva cura in Casa di Cura avvenga per volontà nostra”*²²⁴.

Proprio questa possibilità, assai frequente nelle vicende manicomiali, che il capitale sociale possa interferire in un internamento in modo non consono ai desideri del paziente rende opportuno parlare di capitale sociale solo per quei casi in cui si realizza la condizione specificata poc'anzi, ovvero l'utilizzo strumentale da parte degli attori di un insieme di risorse rese loro disponibili dai rapporti sociali in cui sono inseriti.

Come definizione più generale, che possa invece contenere tutta la complessità della trama di rapporti e influenze tra un individuo e il suo orizzonte sociale, è quindi molto meglio usare la definizione di rete sociale.

Nel caso dell'internamento manicomiale del primo dopoguerra, quando si parla di reti sociali collegate a un internato si parla quasi sempre e quasi esclusivamente della famiglia. In merito alle lungodegenze è stato giustamente scritto che *“la famiglia risulta essere la principale antagonista del lungo internamento e costituisce la vera discriminante tra coloro che restano reclusi a vita nell'istituzione manicomiale e coloro che lo sono rimasti solo per un periodo relativamente breve”*²²⁵. La validità di tale affermazione è in realtà applicabile a ogni situazione: più che un ostacolo alla lungodegenza la famiglia è l'interlocutore principale di ogni attore, paziente incluso, che si muova intorno a un ricovero manicomiale.

Ho già descritto come attraverso la costruzione dell'identità del ricoverato la famiglia intervenga in una storia di istituzionalizzazione fin da prima dell'internamento. Ma la famiglia è spesso anche l'avamposto della cura e il primo spazio sociale dove si tenta di ricomporre le fratture e recuperare l'individuo. In molti casi, infatti, l'invio in manicomio era successivo a un

²²⁴ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Oberdan C., 1937.

²²⁵ Vinzia Fiorino, *op. cit.*, p. 21.

periodo in cui si era cercato di contenere e superare il disagio entro le mura domestiche.

Per quanto riguarda i fini di questa ricerca, ovvero l'interazione fra la rete sociale familiare e le dinamiche dell'internamento manicomiale, il tratto specifico che occorre puntualizzare in merito alla famiglia è la natura stessa del suo coinvolgimento nella vicenda e del suo rapporto con il paziente. A differenza della maggior parte degli altri attori cointeressati all'internamento manicomiale, la famiglia era lo spazio del coinvolgimento individuale, il luogo sociale dove il destino di un internamento diventava una questione personale spesso al pari di quanto lo era per il paziente stesso. Tale stato di cose faceva della famiglia non solamente un referente istituzionalmente riconosciuto e tutelato tanto dallo Stato che dall'ordine morale, ma anche un gruppo di pressione che da quel coinvolgimento individuale traeva una forza e una determinazione senza pari nel panorama degli attori coinvolti.

Solo in virtù di questa consapevolezza è possibile comprendere casi come quelli di Oberdan C. e Luciano C., in cui le famiglie dei ricoverati potevano imporre i propri fini alle istituzioni anche quando erano in netto contrasto con le considerazioni mediche e con le direttive della legge sui manicomi e sugli alienati.

Ma la forza del coinvolgimento individuale non riguarda solamente la determinazione messa nelle manovre strategiche poste in essere per il conseguimento dei propri fini; riguarda anche la continuità nel seguire le vicende dell'internato. Se per un manicomio una vicenda di internamento il più delle volte inizia con il ricovero e si chiude con la dimissione, per le famiglie quella stessa storia durava molto più a lungo.

Antonio B., quindicenne di Macerata, viene internato nel manicomio di Roma il 21 novembre del 1936 perché epilettico. Dopo tre mesi di ricovero senza che siano segnalati attacchi Antonio viene considerato dimissionabile dai sanitari del manicomio che ne fanno immediata comunicazione alla famiglia. Il padre Domenico, però, non accetta una soluzione così semplice alla vicenda e si oppone. Scrive al manicomio dicendo che *“assolutamente*

non crede più [...] che suo figlio possa essere d'un tratto guarito senza aver bisogno di alcuna operazione", quindi chiede *"di procedere a fini chirurgici per i quali fu internato, affinché possa ritornar uomo, oppure farlo chiudere in qualche ospizio"*²²⁶. Per dar maggior peso alle sue richieste attinge al proprio capitale sociale mobilitando la propria sezione dell'Associazione Nazionale Combattenti, quella di Serravalle in provincia di Chieti, che scrive anch'essa al manicomio per conto del *"commilitone Domenico B., povero e guercio"* ribadendo l'alternativa proposta da Domenico fra intervento chirurgico e iscrizione nel novero degli incurabili.

I sanitari del Santa Maria non si lasciano convincere dalle manovre messe in atto dalla famiglia di Antonio e lo dimettono nel marzo del 1937. Indubbiamente il confronto fra manicomio di Roma e famiglia del ricoverato si chiude questa volta con l'affermazione del volere medico a scapito delle pretese della rete familiare. Ma, a differenza dei sanitari del Santa Maria, per Antonio e per Domenico, deciso a ottenere la guarigione per via chirurgica o la cronicizzazione del figlio epilettico, la vicenda non si conclude certo con questa dimissione; proseguirà con l'abbandono del palcoscenico romano a favore di quello maceratese.

Certamente, la maggior parte dei casi in cui si manifesta l'influenza familiare rispecchia in pieno le considerazioni secondo cui la famiglia funzionava come capitale sociale in grado di porre un argine alla degenerazione di un ricovero in una lungodegenza. La questione, il più delle volte, era infatti di carattere squisitamente economico-assistenziale: se una famiglia era in grado di provvedere a un congiunto, questo, in mancanza di gravi impedimenti, veniva prontamente sgravato dal bilancio manicomiale e dirottato all'assistenza domestica; se, invece, una famiglia non era in grado di prendersi in carico la dimissione di un ricoverato, le degenze si allungavano a dismisura.

Giuseppe V. viene ricoverato due volte, nel 1900 e nel 1913, ed entrambe le volte viene dimesso in capo a cinque e sei mesi per iniziativa del padre; la

²²⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Antonio B., 1937.

prima contro il parere dei medici, ben specificato e sottolineato nella cartella clinica, la seconda dietro richiesta e con autorizzazione del tribunale. Quando viene internato per la terza volta, nel 1922, il padre è ormai morto e, nonostante nulla sia cambiato nel suo profilo comportamentale, l'assenza di pressioni da parte della famiglia si trasforma in una cronicizzazione ventennale di cui non si conoscono gli ulteriori esiti.

Per Giovanni L. il collegamento fra lungodegenza e assenza familiare è ancor più semplice e diretto. Internato nella primavera del 1920 per delirio paranoide viene considerato non guarito ma non più pericoloso nell'estate del 1923. In queste condizioni Giovanni rientrava nell'art. 6 del regolamento, quello sui cronici tranquilli, ed era dimissionabile o verso l'assistenza familiare o verso quella dei cronicari: mancandogli del tutto la prima, venne inviato alla succursale di Ceccano e cronicizzato fino all'invio al manicomio di Siena nel 1937²²⁷.

In quest'ottica strumentale, il ruolo della famiglia nelle dinamiche manicomiali è assimilabile a quello di un gruppo di potere e di pressione che esercita tutta la sua influenza in funzione di fini propri, che non sempre coincidono con quelli del ricoverato. Come gruppo di potere e come risorsa, però, l'influenza della famiglia non si risolveva semplicemente in quella fase della manicomializzazione che inizia a seguito del ricovero, ma riguardava anche tutta la fase precedente della follia. Spesso, infatti, era all'interno del gruppo familiare che veniva determinata la capacità del singolo di accedere all'assistenza sociale o alla cura e in cui veniva deciso verso quale configurazione assistenziale rivolgersi. Queste possibilità e queste scelte potevano configurare il destino di un individuo in una direzione piuttosto che in un'altra. Negli internamenti infantili si ha spesso a che fare con ricoveri dovuti all'indigenza più che a una qualsiasi forma di disagio psichico: in questi casi a determinare il risolversi di una situazione in forma manicomiale è la capacità di accesso all'assistenza della rete familiare.

²²⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giovanni L. 1937.

Alfredo T. viene internato nel nuovo manicomio provinciale il 31 dicembre del 1917. Ha solo tre anni e non rientra nei criteri di pericolosità e pubblico scandalo decretati dalla legge n. 36. In realtà, Alfredo era stato portato in manicomio dalla madre che versava in gravi difficoltà economiche: il marito era al fronte e la donna aveva un altro bimbo di pochi mesi cui provvedere. Non essendoci però motivi validi per trattenere il bambino in manicomio, il direttore Giannelli aveva *“più volte invitata la madre del bambino T. Alfredo di venire a ritirarlo ma non si è data alcuna risposta”*²²⁸. Visto l’atteggiamento dell’istituzione, la madre di Alfredo decide quindi di rivolgersi al Reverendo Cesare C. perché faccia da intermediario fra lei e il manicomio aiutandola a sistemare il figlio più grande in quel difficile frangente. Don Cesare scrive subito a Giannelli informandolo sullo stato di estrema miseria e supplicandolo affinché *“faccia conoscere il caso pietosissimo alla superiore autorità perché lasci correre [sulla dimissione] per qualche tempo ancora”*²²⁹.

Il caso pietosissimo, la giovanissima età del ricoverato e il rispetto per la famiglia di un milite impegnato nel conflitto mondiale spingono Giannelli ad attivarsi come intermediario verso la procura del Re e ad adottare una soluzione di comodo, iscrivendolo fra gli ammessi in via definitiva perché appartenente alla categoria prevista dall’articolo 6 del regolamento. Nel mentre, non essendo comunque quella manicomiale la soluzione migliore, la rete sociale connessa ad Alfredo continua la sua ricerca di un referente assistenziale diverso dal manicomio. Grazie all’interessamento della Duchessa Salviati, già nel febbraio del 1918 iniziano le prime manovre per trasformare la degenza manicomiale in un ricovero presso l’ospedale Bambin Gesù. Questi tentativi, purtroppo, dureranno troppo a lungo e non vi sarà tempo per trasformare la ‘follia’ di Alfredo in un ricovero ospedaliero

²²⁸ ASMP, Cartelle Cliniche, Alfredo T. 1918.

²²⁹ Ivi.

comune: il 9 maggio del 1918, all'età di quattro anni, un'enterite, probabilmente da rotavirus²³⁰, mette la parola fine alla vicenda.

Anche nel caso di Alfredo, però, il ruolo della rete familiare tende a configurarsi come quello di un gruppo di potere che amministra determinate risorse in un processo di contrattazione e negoziazione con il mondo esterno alla rete sociale. Ma il funzionamento della rete familiare non si risolveva certamente a questo; la famiglia era anche il luogo in cui circolavano informazioni, si creavano norme e codici interpretativi, stereotipi comportamentali e tutta una grammatica di comportamenti e aspettative reciproche che stavano alla base di una serie di relazioni fiduciarie fondate su taciti e spesso solidissimi accordi. Tale particolare natura della rete familiare faceva sì che tra questa e l'individuo s'instaurasse un rapporto di reciprocità che ne faceva al tempo stesso una risorsa e un vincolo. La famiglia, quindi, oltre a offrire protezione, poteva anche essere un luogo di coercizione al rispetto di regole e doveri sovraindividuali. Il caso tipico in cui una famiglia assumeva un ruolo coercitivo era quello che riguardava l'assunzione di atteggiamenti discordi con il ruolo attribuito all'individuo all'interno del gruppo: in particolare, per i maschi adulti, quando un individuo tradiva le aspettative legate al suo contributo al benessere familiare.

Felice ha solo 16 anni quando viene internato nel Santa Maria della Pietà il 17 agosto del 1933. Viene da Genzano, è analfabeta e fa il vignaiolo insieme al padre. Secondo la "modula informativa" proveniente da Genzano, Felice è un ragazzo asociale e un onanista, ma sostanzialmente un ragazzo tranquillo che non ha mai dato luogo a rilievi. Il padre, invece, è un alcolista e alle volte picchia il figlio. È per via del padre, e del lavoro, che Felice si trova in manicomio: *"dice che non ce la fa a fare il vignarolo e che per questo motivo il padre lo picchia [...] preferisce di rimanere a questo*

²³⁰ L'enterite da rotavirus era una delle più frequenti cause di malattia e di ricovero ospedaliero durante i mesi invernali. Colpiva prevalentemente i bambini non allattati al seno e meno frequentemente gli adulti.

ospedale che ritornare a fare il vignarolo”²³¹. In capo a meno di un mese, proprio in tempo per il periodo critico della vendemmia²³², Felice, nonostante sia bollato come epilettrico, viene dimesso per non constatata psicosi in atto e riconsegnato al padre.

Tre anni dopo, nel giugno 1936, Felice viene nuovamente internato nel manicomio di Roma con diagnosi di “*stato confusionale su base epilettrica*”. Questa volta l’internamento dura quasi un anno e Felice riesce a passare l’intera stagione 1936 lontano dalla vigna, ma al volgere della nuova stagione vinicola, nell’aprile del 1937²³³, Felice viene dimesso non guarito ma con decreto del tribunale dopo richiesta ufficiale del padre. Le motivazioni addotte dalla cartella clinica non lasciano dubbi in merito: deve lavorare.

Nella vicenda di Felice è evidente il potere coercitivo che il vincolo familiare poteva esercitare su un ricoverato. Per ben due volte questa impone le sue esigenze al paziente costringendolo al rispetto del ruolo di maschio adulto che gli era stato accordato sempre all’interno della rete sociale.

Ma tra individuo e famiglia i rapporti non erano mai a senso unico e ogni componente del nucleo aveva sia doveri da rispettare che diritti da rivendicare.

Francesco V. viene internato nel manicomio di Roma il 23 gennaio del 1923 perché in “*lieve stato di eccitamento maniaco*”. Ha 21 anni, viene da Trastevere e già nel lontano 1911, all’età di 9 anni, aveva passato una decina di giorni ospite del Santa Maria perché sospettato di epilessia.

All’epoca di questo secondo internamento non ci sono tracce di epilessia, ma il comportamento di Francesco è considerato dallo staff del manicomio in maniera negativa: agitato, molestatore e attaccabrighe contro deficienti e

²³¹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Felice V. 1937.

²³² Felice viene dimesso il 17 settembre: verso la fine di settembre ancora oggi si celebra la “Benvenuta vendemmia” nelle aziende vinicole di Genzano mentre la celebre “Festa dell’Uva” dei castelli Romani, celebrata a Marino dal 1924, viene solitamente festeggiata nei primi giorni di ottobre.

dementi che non possono reagire perché assolutamente incoscienti. Francesco in manicomio non ci vuole proprio stare e decide di attingere risorse al proprio network familiare al fine di ottenere una dimissione. Per farlo deve però superare un ostacolo abbastanza problematico: la famiglia non è intenzionata a far pressione presso la direzione medica o il tribunale per ottenere una dimissione anticipata. Decide allora di sfruttare il proprio potere negoziale all'interno della rete sociale e chiedere il rispetto degli accordi di reciprocità: facendo forza sul legame affettivo che impone alla famiglia di tutelarlo minaccia d'impiccarsi se questa non provvederà immediatamente alle pratiche di dimissione. Che le minacce siano state puramente strumentali è lui stesso a confessarlo al personale medico in un secondo momento, quando si tratterà di dimostrare che non vi è in lui pericolosità e che tali propositi *“erano finalizzati al solo scopo di spaventare i genitori”*²³⁴. Fatto sta che la famiglia si piega alle manovre di Francesco e in capo a un mese dalle minacce lo ritira dal manicomio.

Nel complesso sistema di forze che agivano intorno ai destini di un ricoverato non mancavano casi in cui all'interno del network sociale che gravitava intorno a un individuo varie e distinte componenti di questo operassero in funzione del perseguimento di fini diversi ed entrassero in conflitto tra loro.

Vincenzo M., 23 anni, contadino, residente a Valmontone, viene ricoverato in manicomio il 10 agosto del 1929 perché affetto da una *“psicosi epilettica”* poi rettificata in *“stato confusionale allucinatorio in epilettico”*. In istituto racconta *“di avere un pessimo carattere e di essersi perciò allontanato da tutti i parenti e gli amici”*²³⁵. Racconta anche di essere separato dalla moglie, di essere in rotta con fratelli e sorelle ma *“si affretta a dire che è tutta colpa sua”*, *“confessa pure abusi di vino, gioco e relativi debiti”*²³⁶ per i quali aveva problemi in paese, e alcune allucinazioni di tipo religioso incentrate sul Cristo. Nonostante le allucinazioni, Vincenzo viene

²³⁴ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Francesco V. 1925.

²³⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Vincenzo M. 1937.

²³⁶ Ivi.

considerato dai sanitari un po' trasognato ma sostanzialmente corretto e orientato. In realtà la sua vicenda era una di quelle storie assai complesse poste sul fragilissimo confine che separava la follia istituzionalizzata da una vita di stenti e di disagi. In una lettera indirizzata dal Governatorato di Roma al Santa Maria della Pietà si apprende che Vincenzo aveva già una lunga storia di istituzionalizzazione e che poteva essere considerato come uno di quegli individui che agli esordi del secolo nascevano con un piede già dentro le istituzioni totali: era un orfano di guerra affidato alle cure dell'istituto Don Guanella e posto sotto la protezione di una madrina di guerra.

Con l'internamento in manicomio le istituzioni si trovano di fronte a un problema difficile: da un lato la famiglia, la moglie e i fratelli, non ne vogliono sapere e lo abbandonano a un destino di cronicizzazione, dall'altra le istituzioni assistenziali per orfani di guerra non possono più intervenire in protezione di un orfano ormai maggiorenne. Il Governatorato di Roma, sia nella persona della madrina di guerra che nell'ufficio direttivo, e il Ministero degli Interni, nella direzione dell'Ufficio ricoveri orfani di guerra, danno quindi vita a una serie di interventi di pressione sul manicomio affinché ratifichi il ricovero definitivo di questo *“caso disgraziato”* *“abbandonato da tutti e privo di mezzi”*.

Si verifica a quel punto una situazione paradossale in cui alle spalle del ricoverato operano tre distinte reti sociali che manovrano in direzioni diverse. La madrina di guerra nominata dal Governatorato all'epoca del ricovero al Don Guanella, che continua a seguire la vicenda, cerca di alleviare il destino di Vincenzo facendo pressione sulla famiglia affinché lo ritiri dall'istituto.

La famiglia, dal canto suo, si rifiuta di farsi carico della dimissione e si oppone ai tentativi di convincerla a ritirare il malato.

Infine il Governatorato fa pressione sul manicomio affinché attui nei confronti di Vincenzo misure di ricovero definitivo di tipo chiaramente assistenziale.

Nel gioco di spinte e contropunte relativo alla vicenda in questione, ancora una volta risulta chiaramente come il ruolo della famiglia nel garantire o meno sostegno e assistenza sia il fattore determinante in tutte quelle vicende manicomiali che avvengono in quella terra di nessuno che era il disagio socio-economico. Senza la protezione di una rete sociale in grado di offrire appoggio materiale alla dimissione, per Vincenzo l'unica via praticabile era quella della cronicizzazione in manicomio, e questo fu infatti quanto accadde.

Al termine di questa breve trattazione è possibile trarre delle conclusioni sui rapporti fra internamento manicomiale e reti sociali.

Appare evidente che una qualsiasi vicenda manicomiale vada considerata come un processo sociale molto più di quanto non sia una semplice misura istituzionale. È quindi necessario considerare come compartecipe alle misure d'internamento e dimissione tutta una serie di attori sociali molto più ampia dei soli referenti istituzionali investiti del potere medico-legale di ufficializzare un ricovero. Tutti questi attori sociali funzionavano sia come capitale sociale di un internato, ovvero come risorse cui esso poteva attingere per perseguire i propri fini, sia come rete sociale a lui collegata, con tutti i vincoli bilaterali del caso, compresa la possibilità di azioni ostili. Inoltre, nel vasto e variegato panorama di attori sociali che partecipavano alle dinamiche istituzionali, la centralità del potere medico-legale e in particolare dello staff sanitario trovava nella famiglia un interlocutore in grado di insidiarne il primato. Proprio le manovre delle famiglie dei ricoverati mostrano appieno tutta l'influenza che le reti sociali esercitavano sui destini di un ricoverato; in particolare, come accennato in apertura nelle parole di Vinzia Fiorino, ciò viene pienamente dimostrato dalla centralità della famiglia nel funzionare da argine alla cronicizzazione di un ricovero.

Ne consegue che nello studio delle dinamiche manicomiali del primo dopoguerra è impossibile limitarsi al solo rapporto fra le istituzioni medico-legali e l'individuo ricoverato, ma bisogna sempre considerare

l'internamento come un evento aperto alla compartecipazione di molteplici attori, per l'appunto una polifonia.

5. “Je sò pazzo”:

il manicomio nelle strategie di sopravvivenza

*“Je so' pazzo, je so' pazzo
e vogli'essere chi vogli'io”²³⁷.*

Il 19 luglio del 1926 i sanitari della succursale di Rieti inviano una comunicazione ai loro colleghi della sede centrale di Roma informandoli dell'avvenuto decesso di Ettore B., 48 anni, morto alle prime luci del mattino a causa di una broncopolmonite doppia²³⁸. Erano ormai dieci anni che l'uomo gravava sui bilanci della provincia di Roma come folle povero e gli ultimi 14 mesi li aveva passati nella succursale reatina in quanto cronico tranquillo.

La storia manicomiale di Ettore era però iniziata molto prima, nel lontano 1890, quando venne internato per la prima volta nel manicomio di via della Lungara in quanto affetto da psicosi epilettica.

Questo primo internamento, durato 4 mesi e di cui restano ben poche tracce, venne seguito da un secondo nel gennaio del 1896, sempre a causa di una sindrome epilettica. Stando a quanto riportato dal Registro Nosografico, nell'infanzia Ettore aveva sofferto una “*polio-encefalite*” che gli aveva lasciato l'occhio destro strabico e delle convulsioni che però non ne avevano alterato il carattere. Gli attacchi epilettici sembrano essere reali, anzi, viene addirittura specificato che sono preannunciati da un formicolio della mano

²³⁷ Pino Daniele, *Je sò pazzo*, EMI Italiana 1979.

²³⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ettore B. 1926.

destra, per cui *“riesce spesso, stirando il dito della mano destra, a far abortire l’attacco”*²³⁹ o, quantomeno, riesce a chiamare aiuto. Sempre secondo quanto riportato dallo staff sanitario del Santa Maria, Ettore è *“orientato e lucido [...] lo stimolo sessuale non è prepotente, masturbandosi solo ogni 3-4 mesi, e l’erezione (da quanto asserisce l’infermo) accade solo quando si raccoglie l’attenzione”*²⁴⁰. Con tali premesse lo stato di Ettore non è facilmente inseribile nella categoria del pericolo o del pubblico scandalo e infatti, dopo quasi un mese di degenza, è lo stesso Mingazzini a proporlo per la dimissione in quanto *“è affetto da semplice epilessia e non ha mai presentato stato psicopatico di sorta”*²⁴¹. Viste le conclusioni cui era giunto Mingazzini, il 6 febbraio del 1896 Ettore viene dimesso e riconsegnato alla famiglia. Nonostante la rapida e felice conclusione dell’internamento, già in questo secondo ricovero s’intravedono le fragilità strutturali che porteranno Ettore a morire nel cronicario di Rieti solo e dimenticato da tutti. Il fatto che non sia pericoloso o di pubblico scandalo non significa certamente che non sia fonte di problemi per la famiglia o che non sia un elemento debole e sacrificabile per il benessere del gruppo familiare. Nei resoconti dei sanitari del manicomio romano si legge che *“il patrimonio intellettuale [di Ettore] è molto al di sotto di quello d’un giovane di 20 anni”*, che è puerile e che *“mangiare, bere e fumare rappresentano tutta la [sua] vita”*²⁴². Ettore, quindi, non è solamente un epilettico, è anche un ragazzo immaturo e poco sveglio. Non bastasse ciò, un altro indizio mette in allarme sui destini futuri di questo giovane: è orfano di padre ed è ora sotto la tutela di una matrigna che, parole sue, *“si gode il mobilio di casa lasciato dal padre e non viene a trovarlo”*²⁴³.

²³⁹ Ivi.

²⁴⁰ Ivi.

²⁴¹ Ivi.

²⁴² Ivi.

²⁴³ Ivi.

Bastano pochi mesi perché i nodi della vicenda vengano al pettine: il 25 giugno del 1896, dopo nemmeno cinque mesi dalla dimissione, Ettore viene nuovamente internato in manicomio.

Ancora una volta l'internamento avviene con una diagnosi di epilessia, ma questa volta alla semplice constatazione degli attacchi si aggiunge un dettaglio importante: una *“tendenza al suicidio del quale ha fatto ripetuti tentativi”*²⁴⁴. Grazie a questo fatto la nuova configurazione con cui viene presentato per l'internamento è quindi quella di individuo pericoloso per sé. Ma ciò contrasta con quanto emerso nel precedente internamento e con quanto si conferma in questo terzo ricovero, in cui non dà luogo a nessun tipo di problema disciplinare. È infatti abbastanza chiaro che la scelta di riportare Ettore in manicomio corrisponde più a una strategia familiare, volta a sgravarsi del peso di un congiunto improduttivo, che non a necessità derivanti dal pubblico decoro o dalla pubblica sicurezza. Ettore, viene chiaramente affermato dai sanitari stessi, è stato internato *“per opera della matrigna, la quale non sa come nutrirlo”* e rimane in manicomio perché *“non ha in famiglia nessuno tranne la nonna materna povera vecchia di 70 anni”*²⁴⁵.

È evidente come in questa vicenda l'internamento sia il frutto di una deliberata scelta della matrigna di Ettore non più intenzionata, o non più in grado, di provvedere ai bisogni di questo figliastro ormai adulto eppure incapace di provvedere al proprio sostentamento.

Se questa decisione sia stata presa per reali e insopprimibili necessità economiche o per altri motivi non è possibile stabilirlo con certezza e nemmeno interessa granché: quello che conta è ravvisare nel comportamento della matrigna di Ettore il tentativo di perseguire un fine ben preciso. In questo caso, dando per buone le difficoltà economiche, l'istituto manicomiale è diventato il referente della strategia di sopravvivenza di un nucleo familiare in difficoltà.

²⁴⁴ Ivi.

²⁴⁵ Ivi.

Non è un caso, infatti, che questo nuovo internamento si trasformi in una cronicizzazione durata dodici lunghi anni e non è un caso nemmeno che al termine di questo lungo periodo la dimissione avvenga solamente quando a farsi carico del destino di Ettore si presenterà un nuovo referente familiare. Il 25 settembre del 1908 Ettore viene ritirato dal fratello Paolo B., ma anche questo nuovo tentativo d’inserimento in una nuova rete sociale fallisce miseramente: dopo nemmeno tre mesi nel nuovo nucleo domestico viene rispedito nuovamente in manicomio. Questa volta, oltre la consueta epilessia e la debolezza mentale, viene accusato dallo stesso cugino di essere pericoloso perché *“da spesso in ismanie, si avventa contro le persone di famiglia specie durante la notte, e con atti violenti tenta il suicidio”*²⁴⁶. Anche in questo caso, i comportamenti tenuti da Ettore in manicomio sembrano non avallare in niente le accuse di pericolosità mossegli dalla nuova rete sociale cui era stato affidato. Ancora una volta appare chiaro il vero motivo per cui è stato riportato in istituto: la cognata non era disposta a mantenerlo. Ettore, dal canto suo, è perfettamente a conoscenza di questo fatto e lo dice chiaramente ai sanitari del Santa Maria cui *“ha raccontato di essere stato condotto qui perché di peso alla famiglia [...] non avendo potuto mai lavorare”*²⁴⁷. Fin da subito i documenti relativi alla degenza dicono che sta bene, è tranquillo e vuole uscire per guadagnarsi la vita facendo il sagrestano o il garzone; per i sanitari del manicomio è possibile dimetterlo ma non gli viene permesso. Nel suo rapporto alla direzione medica, l’infermiere Andrea B. riferisce che *“avendo portato dai diversi parenti il malato dimesso”* questi avevano tutti rifiutato di accoglierlo: la moglie di Paolo B. perché *“non ci potevano combattere”*, uno zio perché *“è povero e vedovo con 5 figli”*²⁴⁸ e un altro zio ancora negava proprio la parentela col paziente. In tali condizioni il Santa Maria si era visto costretto a riportare in istituto Ettore e si ritrovava a sua volta con lo spinoso problema dell’assistenza da fornirgli. L’unica soluzione possibile era

²⁴⁶ Ivi.

²⁴⁷ Ivi.

²⁴⁸ Ivi.

convincere Procura e Tribunale ad autorizzare una dimissione per guarigione senza nessuno che se ne assumesse la responsabilità né, tanto meno, gli oneri relativi al reinserimento. Il Procuratore, non essendovi parenti disponibili, decide quindi di invitare la direzione del Santa Maria a “vedere se non sia il caso di trattenerlo nell’istituto proponendomi la revoca del licenziamento”²⁴⁹. È possibile che quello del Procuratore sia stato qualcosa più di un semplice invito, almeno così sembra averlo recepito la direzione del manicomio che, nel gennaio del 1908, così giustifica il mancato licenziamento: “per ordine della procura Regia il soggetto viene trattenuto”²⁵⁰. Per la dimissione di Ettore si dovranno attendere altri 18 mesi, fino al giugno del 1909, quando finalmente verrà riconosciuta quella mancanza degli estremi per l’internamento assai chiara da più di un anno.

Questi primi internamenti tracciano un quadro assai comune nella manicomialità del primo dopoguerra: un’anormalità né pericolosa né scandalosa viene cronicizzata perché sussiste in concomitanza con l’incapacità produttiva dell’internato e con la mancanza di una rete sociale in grado di farsene carico.

Ravvisare nelle motivazioni economiche una delle cause principali dell’internamento di Ettore è sicuramente corretto, ma non ci aiuta in nulla a capire come sia avvenuto questo slittamento verso una devianza istituzionalizzata.

Ripensando alla storia personale di Ettore si nota una consequenzialità di eventi che ha molto poco di estemporaneo e improvvisato. All’epoca del primo internamento, nel lontano 1890, quando aveva solo 14 anni, Ettore era orfano di madre e il padre si era risposato con un’altra donna. Nelle strategie familiari non era cosa rara che le divisioni di genere si riflettessero nelle scelte inerenti le seconde nozze, per cui, tra le varie motivazioni di queste seconde nozze, poteva esserci la tradizionale esigenza dell’uomo solo di trovare una donna che ne avrebbe accudito la prole.

²⁴⁹ Ivi.

²⁵⁰ Ivi.

Questa strategia poteva funzionare, e di fatto aveva funzionato, finché il padre di Ettore era vivo e onorava quel 'contratto' fra le parti che prevedeva la cura dei figli in cambio del mantenimento. Quando, però, uno dei contraenti era venuto meno il nuovo equilibrio raggiunto con il 'contratto matrimoniale' era saltato, e a farne le spese era stato anche Ettore. Non si tratta tanto di centrare l'attenzione su un cinismo funzionalista dei rapporti individuali, quanto piuttosto notare come gli individui, volenti o nolenti, siano costretti a porre in atto strategie di sopravvivenza con determinati mezzi a loro disposizione. Nel caso della matrigna di Ettore non è tanto il cinismo nel disfarsi del figlio non suo a essere importante, quanto piuttosto la capacità di vedere nell'istituto manicomiale una soluzione ai propri problemi, e la conseguente decisione di utilizzarla per i propri fini. Anche nel suo caso, il manicomio si era mostrato un'istituzione assai flessibile e permeabile alle manovre strategiche messe in atto dall'utenza'.

La dimissione del giugno 1908 non sancisce però la fine della storia manicomiale di Ettore. Nel febbraio del 1916, proveniente dall'Ospedale Grande di Viterbo, Ettore è nuovamente internato nel manicomio di Roma per "*epilessia – debolezza mentale*".

Secondo quanto riportato nella cartella clinica, Ettore in realtà non era mai uscito dalle istituzioni. Appena dopo la dimissione dal Santa Maria era stato preso da scabbia e ricoverato per tre anni e mezzo all'Ospedale Santo Spirito di Roma, poi era stato mandato un anno a Civita Castellana e di nuovo al Santo Spirito per le crisi epilettiche; infine, era stato mandato all'Ospedale Grande di Viterbo per gli infermi perché epilettico, demente e alcolista. Questa lunga e ininterrotta trafila di ospedali e sanatori testimonia chiaramente come l'istituzionalizzazione di Ettore non sia assolutamente finita con la dimissione dal Santa Maria, ma sia invece continuata imperterrita al di fuori di esso. Il punto è che, una volta istituzionalizzato e realizzato con successo il completo scollamento fra lui e la rete familiare, lo status di Ettore si era definitivamente e irrimediabilmente ridefinito in termini di minorità deviante e non autosufficiente. Questa particolare

ridefinizione del sé ha effetto anche sul paziente stesso, che la adotta e la fa sua. In questo nuovo mondo, ormai definitivamente configurato in termini di marginalità, Ettore diventa protagonista della propria storia e artefice di proprie strategie di sopravvivenza. Stando alle sue parole, all'epoca della dimissione del 1909 il direttore Mingazzini *“mi lasciò un piccolo certificato di povertà dove io mi costringevo [ad] andare acchiedere una piccola elemosina per poter vivere e dormire al dormitorio pubblico”*²⁵¹. Se questa *“piccola elemosina”* fosse o meno un sussidio accordato dalla certificazione medica del manicomio non è specificato, ma ciò che conta, in realtà, è che all'uscita dall'istituto si era provveduto a inserire il dimissionato in una rete assistenziale che ne avrebbe permesso il sostentamento. Le vicende relative ai pellegrinaggi in vari ospedali laziali, però, riferiscono di un sostanziale fallimento di questa strategia e non è difficile pensare che per Ettore l'istituzionalizzazione abbia portato a un abbassamento delle proprie aspettative: dalla pretesa di una vita libera alla ricerca di una vita istituzionale adeguata. Queste ipotesi si accordano pienamente con le strategie che Ettore mette in atto una volta internato nel manicomio di Roma. All'ingresso si mostra fin da subito calmo, tranquillo e ordinato, soprattutto riferisce ai sanitari che *“è contento di trovarsi al Manicomio di Roma dove si era trovato bene”*²⁵². Come epilettico con *“attacchi rarissimi”* e come malato tranquillissimo Ettore è inserito nella lista dei trasferibili alla succursale per cronici tranquilli e inviato a Ceccano nel giugno del 1916. Al momento del trasferimento non ha nessun curatore legale e nemmeno alcun parente che s'interessi alla sua vicenda: il suo destino riguarda solamente lui stesso e le autorità istituzionali. Giunto a Ceccano, la cronicizzazione comincia a complicarsi e a più riprese l'uomo manifesta insofferenza al cronicario dove sta *“sempre scontento”* e dove non riesce più a stare *“per grandi maltrattamenti”*²⁵³. Prova a scrivere a un presunto zio, che negherà ogni parentela, affinché lo aiuti quanto meno a tornare a Roma, ma non ottiene

²⁵¹ Ivi.

²⁵² Ivi.

²⁵³ Ivi.

nulla. Decide allora di abbandonare ogni speranza di aiuto esterno e di adottare una strategia diversa: improvvisamente cambia comportamento e diventa agitato e violento “*per ostilità alla succursale*”²⁵⁴. Il confronto con lo staff della succursale dura parecchio, circa tre anni, con un continuo alternarsi di agitazione violenta e periodi di calma; poi, come al termine di un lunga contrattazione, viene finalmente rinvio alla sede centrale di Roma dove immediatamente si calma. Infine, dopo altri due anni a Roma, viene inviato in una nuova succursale, quella di Rieti, dove troverà la morte per broncopolmonite doppia.

Queste ultime fasi della vita manicomiale di Ettore fanno registrare un mutamento importante nel campo delle strategie di sopravvivenza che lo riguardano. C'è un nuovo protagonista, il paziente stesso, un nuovo scenario, l'interno del manicomio, e una serie di nuove esigenze che modificano le tattiche adottate. Tutto ciò dà la misura non solamente di quanto fossero influenti i comportamenti strategici degli individui coinvolti in un internamento, ma anche di quanto sia grande il numero delle variabili da tenere in considerazione.

Alla base di ogni analisi in merito alle strategie adottate dagli internati e dalle loro reti sociali c'è la consapevolezza che questi attori sociali non fossero materia inerte di fronte alle procedure istituzionali, ma che invece avessero propri fini e aspettative che cercavano di realizzare. Quali erano, però, questi fini che si volevano perseguire?

Nella storia di Ettore si è visto che i fini divergevano, e a volte di parecchio, a seconda degli attori e delle situazioni prese in considerazione. Così, ad esempio, la matrigna di Ettore cercava l'internamento al fine di liberarsi di un peso che non poteva o non voleva sostenere e, tra le varie opzioni possibili, aveva scelto quella manicomiale come la più adatta al perseguimento dei propri obiettivi. Dal canto suo Ettore, anche se in senso inverso, si era in principio mosso più o meno sulla stessa lunghezza d'onda della matrigna, ovvero lungo il binomio ammissione/dimissione dovuto a

²⁵⁴ Ivi.

desideri e aspettative inerenti la vita extramanicomiale; solo in seguito, una volta cambiato scenario, si era piegato alla vita istituzionalizzata e aveva ridefinito i propri obiettivi strategici in termini tutti interni al discorso istituzionale. C'era quindi una grande varietà di azioni strategiche che copriva un ampio spettro di interessi e obiettivi, che a loro volta andavano dal diritto alle sigarette concesso in un padiglione non particolarmente restrittivo all'ottenimento di una dimissione rapida.

L'aspetto principale dei comportamenti strategici messi in atto da internati e network sociali riguardava, ovviamente, la necessità di ottenere un'ammissione o una dimissione. In questo che individui e reti sociali a loro collegate perseguissero gli stessi fini e che questi s'identificassero con l'uscita dal manicomio non è assolutamente scontato. Il manicomio del primo dopoguerra era infatti un'istituzione con capacità assistenziali notevoli: in una situazione in cui lo Stato sociale ancora latitava parecchio queste capacità facevano gola a molti. Lo si è visto per quanto riguarda le esigenze familiari nel caso di Ettore e per quanto riguarda quelle individuali in quello di Luigi R. all'inizio di questo lavoro²⁵⁵. Ovviamente non è solo l'ammissione a essere cercata, visto che molti tentavano di essere dimessi il prima possibile per poter tornare a lavorare.

Per altri il rapporto col manicomio s'inserisce nelle strategie di sopravvivenza ma in maniera meno brutale. I medici dell'ospedale Santo Spirito inviano in manicomio Luigi D.R., contadino analfabeta di Velletri, perché affetto da morfinismo e perché violento nei confronti della moglie. In manicomio Luigi *“riconosce il suo vizio e dice di essere andato volontariamente a S. Spirito [...] perché sentiva che da solo non ci sarebbe riuscito [a disintossicarsi]”*, però *“nega di aver mai fatto o minacciato atti violenti”*²⁵⁶. Quelle storie di violenza erano una menzogna strategica, lui

²⁵⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi R. 1937.

²⁵⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi D.R. 1925.

stesso ammette che “*fù detto così a S. Spirito per poter giustificare meglio l'internamento*” e “*anche la moglie conferma tali dichiarazioni*”²⁵⁷.

Per Alberto R. l'ingresso in manicomio è invece correlato al posizionamento del manicomio all'interno del complesso sistema di sussidi e pensioni elaborato nel primo dopoguerra. Quando viene internato nel Santa Maria proviene dall'Ospedale militare del Celio ed è nel bel mezzo di un lungo procedimento per ottenere sussidi statali. Alberto ha 42 anni, 4 figli minorenni e un modestissimo lavoro di bracciante agricolo nella natia provincia di Bologna che non basta al sostentamento della famiglia. Però è anche un ex militare con 22 schegge di granata nella testa e per questo motivo si trova al Santa Maria: ha bisogno di una pensione e spera di poterla ottenere conquistando lo status di invalido psichiatrico per cause di guerra²⁵⁸.

Altre volte gli obiettivi che potevano condurre una persona in manicomio riguardavano la necessità di acquisire uno status o una particolare identità. Già nel caso di Alberto R. è evidente che il manicomio era stato correttamente individuato come istituzione in grado di certificare un'identità e, mediante tale certificazione, garantire uno status particolare come quello di invalido di guerra. Ad esempio, per i criminali o per i militari inviati in perizia era strategicamente fondamentale acquisire lo status di folle per evitare punizioni o imputazioni relative a reati o diserzioni.

Un carattere fondamentale che contraddistingue gran parte di questi ‘virtuosi della sopravvivenza’ era poi quello della consapevolezza delle proprie azioni. Nei casi appena riportati, nel capitolo riguardante l'utilizzo strategico dei padiglioni e più in generale in ogni momento in cui è stata messa in luce la capacità operativa degli internati e delle loro reti sociali si è sempre visto come le loro azioni fossero spesso il frutto di scelte consapevoli e talvolta, come nel caso di Luigi D.R., ammesse con grande franchezza.

²⁵⁷ Ivi.

²⁵⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Alberto R. 1937.

Mario F. all'età di 5 anni perde il padre in guerra; la madre, sola e senza mezzi, opta per la soluzione istituzionale e lo fa rinchiodere in vari istituti infantili. Nel 1930, quando è ormai quasi maggiorenne, il ragazzo viene mandato nell'istituto Giardino di Roma dove si cerca d'insegnargli il mestiere di fabbro. Ma la vita in istituto non fa per lui e, nel 1936, decide di agire di conseguenza: *“volendo andarsene per essere libero una volta ingoiò un chiodo, la seconda volta dei pezzi di una lametta”*²⁵⁹. La strategia di Mario funziona solo a metà, perché riesce a uscire dall'istituto Giardino ma non viene messo in libertà. Di fronte ai suoi comportamenti bizzarri e pericolosi l'istituto Giardino decide infatti d'inviarlo al manicomio e non certo di accontentarlo nella sua pretesa di essere autonomo.

Una volta in manicomio Mario confessa apertamente che *“le stranezze fatte all'istituto Giardino le fece perché voleva essere messo in libertà”*²⁶⁰, ma ciò non basta allo staff del Santa Maria per lasciarlo andare e ben presto Mario si rende conto di essere passato dalla padella alla brace: *“dice che lui non vuole più stare rinchiuso nell'istituto Giardino ne qui perché lui sta bene, è grande e vuole stare per conto suo”* ma siccome non c'è modo di farsi dimettere *“dice che tra il giardino e il Santa Maria preferisce il primo perché lì c'è l'amici”*²⁶¹. Alla fine Mario viene riconosciuto *“non competente d'internamento”* e consegnato dal manicomio di Roma all'Opera Nazionale Orfani di Guerra di Napoli.

Una volta stabilito che anche il 'fronte internato' aveva dei propri obiettivi in merito ai procedimenti manicomiali e che fosse consapevolmente in grado di adottare comportamenti strategici per perseguirli, è opportuno chiedersi in quale modo questo 'fronte' operasse.

La dinamica principale che si realizzava fra istituzioni e utenza era quella della negoziazione e questo sistema si risolveva in una continua contrattazione, dove a essere messi sui piatti della bilancia erano una molteplicità di valori legali, morali e materiali.

²⁵⁹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Mario F. 1937.

²⁶⁰ Ivi.

²⁶¹ Ivi.

Lo spazio d'azione in cui si realizzavano queste contrattazioni era quello inerente l'esercizio del potere sui destini di un individuo: non il potere inteso nella sua *"invincibile unità"* ma quello che *"si produce in ogni istante, in ogni punto, o piuttosto in ogni relazione"*, quel potere ubiquo *"non perché tutto inglobi ma perché viene da ogni dove"*²⁶². È in questo spazio di obblighi reciproci fra istituzione e cittadini che il potere medico-legale scende a patti con leggi e diritti sanciti dalla morale, dalla pietà e dalle consuetudini. Si tratta di un terreno scivoloso dove vige un codice incerto e in cui tutto deve essere plasmato di volta in volta dalle parti in causa.

Ecco quindi che i criteri medico-legali che sanciscono l'internamento vengono piegati e costretti in forme adatte a un mercato delle esigenze che chiede assistenza e protezione. E questo mercato di doveri ed esigenze funziona come un doppio scambio in cui tutte le parti in causa manipolano e sono manipolate contribuendo a plasmare consuetudini clientelari, assistenziali, mediche e poliziesche.

Giovanni Costantino F. ha 45 anni quando viene internato nel manicomio di Roma per una psicosi epilettica. Entrato nel marzo del 1925, i sanitari del Santa Maria lo descrivono fin da subito come un paziente tranquillo, docile, rispettoso e bene orientato, anche gli attacchi epilettici sono rari e non destano particolari preoccupazioni. Giovanni, però, è reduce da un periodo in cui ha avuto allucinazioni uditive e che nemmeno in manicomio riesce a criticare correttamente. Per lo staff sanitario dell'istituto romano non ci sono possibilità mediche per una dimissione: le allucinazioni sono un chiaro e inequivocabile segno di follia e possono rappresentare un potenziale pericolo per sé e per gli altri.

La famiglia non è dello stesso avviso e immediatamente si attiva per ottenere la dimissione. Tra i vari motivi che spingono i parenti a intervenire uno è assai chiaro e ben specificato dal cognato: *"ragioni di carattere*

²⁶² Michel Foucault, *La volontà ...*, cit., p. 82.

economico consiglierebbero altresì il ritorno al lavoro”²⁶³. La strategia messa in piedi dalla famiglia di Giovanni è abbastanza chiara e assai comune: spinge sulle necessità economiche e confida su un comportamento non eccessivamente agitato da parte del congiunto internato. Ma per il manicomio non basta, non questa volta per lo meno: Giovanni non riesce a criticare il disturbo allucinatorio patito prima dell’internamento e agli occhi degli psichiatri questa cosa è assai preoccupante. La famiglia decide quindi di cambiare strategia e fare pressione sul Procuratore affinché ottenga dal Tribunale un decreto di dimissione; per assicurarsi ciò fa pressione giocando la carta delle esigenze finanziarie della famiglia e offre in cambio la garanzia di assistenza e la completa responsabilità della dimissione. Tanto basta al Tribunale e al manicomio per accettare la dimissione: il 9 maggio del 1926 Giovanni Costantino viene affidato all’assistenza domestica con decreto del tribunale.

Circa dieci anni dopo, il 14 gennaio del 1935, Giovanni viene nuovamente internato per psicosi epilettica. Le dinamiche di questo secondo internamento sembrano inizialmente ricalcare fedelmente quello del 1925: Giovanni è sempre calmo, tranquillo e corretto, ha difficoltà a criticare i deliri allucinatori precedenti l’internamento e la famiglia fa richiesta per la dimissione sotto la propria responsabilità. La famiglia adotta la consueta strategia di sfruttare le necessità economiche e offrire assistenza, ma gli anni passano e le cose non restano uguali per nessuno: Giovanni ora ha 56 anni e non riesce più a essere economicamente produttivo e la famiglia per riportarlo a casa ha bisogno di un sussidio da parte dello Stato. Il 16 febbraio del 1937 il manicomio decide di dimettere in esperimento il paziente “*con il sussidio stabilito da questa onorevole amministrazione*”²⁶⁴. Un altro successo per la famiglia F., ma nulla viene dal caso: prima di concedere il sussidio il manicomio si era rivolto alle autorità di Pubblica Sicurezza al fine di ottenere informazioni sulle reali condizioni economiche,

²⁶³ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giovanni Costantino F., 1937.

²⁶⁴ Ivi.

sulla condotta morale e su quella politica della famiglia. Solo quando le risposte della Pubblica Sicurezza erano state favorevoli l'amministrazione provinciale, per conto del manicomio, si era decisa a erogare il sussidio. Il 'pagamento' effettuato dalla famiglia F. sotto forma di una condotta corretta dal punto di vista politico e morale non è stato certamente 'erogato' al manicomio né è frutto della sola esigenza di ottenere il sussidio: anzi, l'acquisizione di questo privilegio sembra più una ricompensa per uno status già acquisito che il pagamento per il rispetto di una nuova imposizione. Quel che conta è ravvisare una grammatica di aspettative e doveri molto più ampia del semplice universo manicomiali, che però su di esso influiva sotto forma di moneta di scambio. È evidente che il rapporto fra istituzione e cittadini si realizzava con un movimento bidirezionale azionato non solamente sulla base di precise normative ma anche attraverso un gioco di aspettative reciproche che finiva per invischiare entrambi in un gioco di vicendevoli manipolazioni.

Dietro questo concetto di contrattazione fra le parti è poi possibile ravvisare un gran numero di tipologie e di modalità pratiche con cui gli attori coinvolti in un internamento erano soliti organizzare le proprie azioni.

Un prima distinzione all'interno del campo strategico, lo si è visto, è quella tracciabile tra quanto veniva fatto all'interno del manicomio e quanto provenisse invece da fuori.

Generalmente il campo delle azioni strategiche messe in atto all'esterno del manicomio riguardava le reti sociali collegate all'internato e lo sfruttamento del capitale sociale. Anche se non necessariamente in sintonia con i desideri dell'internato, erano generalmente le famiglie che si preoccupavano di reperire le risorse economiche necessarie alla dimissione, che facevano pressione sulle autorità medico-legali, che movimentavano conoscenti e intermediari per ottenere raccomandazioni e più in generale rastrellavano le risorse a disposizione. Le famiglie erano inoltre in grado di influire pesantemente sulla costruzione dell'identità di un ricoverato, apportando testimonianze sulla condotta dell'internato, raccontando o tacendo

precedenti psichici e certificando il ruolo più o meno determinante che aveva nel gruppo sociale. Le strategie più comunemente usate erano comunque di tre tipi: quella economica, quella morale e quella deviante.

Con la prima s'intendono tutte quelle strategie che, come si è visto, mettevano al centro delle rivendicazioni le necessità economiche del gruppo familiare o dell'internato.

La strategia morale, invece, riguardava principalmente la capacità della famiglia di far pressione in nome della difesa della propria reputazione. Era questo il tipo di rivendicazioni che spesso veniva utilizzato per l'internamento delle persone affette da evidenti degenerazioni psico-fisiche o morali, la cui presenza in seno alla famiglia avrebbe finito per screditarne la rispettabilità. Più di tutti, a soffrire per questo tipo di 'potere' di cui disponevano le reti familiari fu la gran massa d'internati la cui condotta sessuale era ritenuta immorale e perversa. In questa particolare categoria d'internati rientrava un numero non indifferente di ospiti del Santa Maria che abbracciavano un ampio spettro di possibili 'degenerazioni' sessuali: dagli adolescenti irrequieti, come Giacomo B. che tra gli otto e gli undici anni viene a più riprese mandato in manicomio perché *“tende continuamente a stirarsi il membro che è spesso in erezione”* o perché *“si permette di fare atti osceni sulla pubblica via”* o ancora perché *“cercava di alzare le vesti perfino alla madre naturale”*²⁶⁵, fino a coloro che venivano considerati veri e propri 'pervertiti' quali, ad esempio, gli omosessuali.

Infine, tra le strategie più comunemente adottate c'era quella deviante, ovvero quella che mirava a costruire per il paziente un'identità particolarmente deviante fatta di precedenti psichici, tendenze al vagabondaggio, traumi cranici nel periodo infantile, violenze e stranezze di ogni sorta.

Ognuna di queste strategie non necessariamente escludeva un'altra, per cui erano possibili storie come quella di Ettore B. in cui una rete sociale operava sia attraverso la costruzione di un'identità deviante, millantando

²⁶⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giacomo B. 1925.

violenze e tendenze al suicidio, sia gettando sul piatto della bilancia difficoltà economiche insormontabili.

Molte delle strategie messe in atto dalle reti sociali che agivano al di fuori del manicomio, e soprattutto di quelle finora descritte, riguardavano interessi e obiettivi inerenti la vita del paziente e del nucleo familiare al di là e a prescindere dall'internamento manicomiale. Quando un nucleo familiare cercava di far internare o di far dimettere un congiunto in base a esigenze economiche, ad esempio, quella che adottava era una strategia di sopravvivenza che riguardava l'esistenza del nucleo familiare nella società e in cui il manicomio aveva il ruolo strumentale di ostacolo da superare o di beneficio di cui disporre. Il campo non si riduce però a questo tipo di strategie e riguarda anche tutto un ampio repertorio di esigenze e obiettivi che riguardavano più specificatamente la vita che un degente conduceva all'interno dell'istituto manicomiale. Si trattava, in sostanza, di agire per ottenere di volta in volta alcuni diritti e alcuni benefici riguardanti la vita all'interno del manicomio e che poco o nulla influivano sulla vita al di fuori di esso. Anche in questo campo le reti sociali avevano margini d'azione abbastanza ampi in cui muoversi per cercare di modificare le condizioni del vitto, dell'alloggio, della cura e più in generale del trattamento riservato ai loro congiunti. Uno dei casi più diffusi era il tentativo di condizionare le scelte inerenti i trasferimenti interni al manicomio, quelli da un padiglione a un altro, e quelli fra sede centrale di Roma e succursali in provincia.

Mentre le reti sociali avevano pressoché il monopolio delle azioni strategiche compiute fuori dell'istituto manicomiale, dentro le mura del reclusorio i pazienti davano vita a un altro gioco di negoziazioni e confronti che nulla aveva da invidiare a quello dei loro congiunti in quanto a ricchezza e complessità. In alcuni casi erano i pazienti stessi a giostrare le risorse della propria rete sociale, ma le dinamiche con le quali le forze esterne al manicomio agivano per far pressione sull'istituzione non cambiavano se a movimentarle era il paziente stesso o un altro membro

della rete sociale, ed è quindi inutile soffermarsi su questo particolare aspetto delle manovre strategiche interne al manicomio.

Anche per i reclusi, inoltre, gli obiettivi variavano principalmente in base al fatto che riguardassero strategie relative alle scelte di vita o più immediatamente collegate alle condizioni della degenza.

Per Clementina Gertrude R. l'ingresso in manicomio era stata una precisa scelta strategica messa in atto per sopperire a una serie di problemi che la stavano travolgendo. Arrivata a Roma dalla provincia di Udine alla fine degli anni '20, ancora nel 1936, quando ormai aveva 31 anni, non era riuscita a trovare una collocazione lavorativa stabile o un marito. Anzi, dopo un periodo a servizio presso una famiglia romana era cominciata una lenta caduta verso il basso: dapprima, nel 1933, era stata scaricata dalla famiglia presso cui era impiegata e inviata in manicomio per quattro mesi, poi aveva allacciato una serie di relazioni senza futuro che le avevano lasciato una figlia di cui era assai felice *“benché il padre di costei si sia sposata un'altra”*²⁶⁶. Nel luglio del 1936, dopo un periodo di disoccupazione in cui *“si dava a chi le capitava con facilità”*²⁶⁷, Clementina è di nuovo incinta ed elabora un piano articolato: dapprima affida la figlia al Bambin Gesù, poi si fa internare in manicomio per ricevere lei stessa assistenza. Che la strada per il manicomio fosse stata il frutto di una deliberata strategia di Clementina non ci sono dubbi: è lei stessa, infatti, a dire agli infermieri che *“trovandosi in miseria è dovuta ricorrere qui”* e che addirittura *“si è presentata da se poiché non è stata accettata alla clinica neuropsichiatrica ne al Policlinico”*²⁶⁸.

Per Luigi N., invece, la storia era stata completamente diversa e le sue strategie erano tutte rivolte alle condizioni di degenza. Anche la sua storia, come quella di Clementina, può essere fatta iniziare nel luglio del 1936, quando si ammala di tubercolosi polmonare bilaterale. All'epoca Luigi ha 23 anni e fa il meccanico nella natia Roma; visto lo stato di salute viene

²⁶⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Clementina Gertrude R. 1937.

²⁶⁷ Ivi.

²⁶⁸ Ivi.

immediatamente inviato all'ospedale Policlinico Umberto I, dove però le cose non vanno per niente bene. Al Policlinico il trattamento dei malati di petto non è dei migliori e lui, insieme ad altri ricoverati, mette in campo una strategia di protesta per ottenere condizioni più degne: *“una volta all'ospedale fecero sciopero tutti i malati di petto, per il vitto cattivo, e si ribellarono alle regole dell'ospedale e del personale, perciò dovette intervenire la forza pubblica, ma li fecero scappare via perché tutti i malati gli andiedero incontro con le sputacchiere piene. Gli agenti di fronte a tale minaccia dovettero retrocedere con tutte le loro rivoltelle”*²⁶⁹.

Riguardo l'esito di questa protesta non si hanno tracce, ma i problemi di Luigi sono molto più gravi e ben presto lo separano dal resto dei compagni dell'Umberto I: durante la degenza è diventato dipendente dalla morfina. Vista la situazione chiede e ottiene di essere inviato in manicomio per essere curato da questa dipendenza, ma una volta giunto nel Santa Maria si rende conto che in questo nuovo istituto la Tbc non gli viene curata come desidera. Decide allora di adottare nuovamente la strategia comportamentale protestaria già usata ai tempi del Policlinico e inizia ad agitarsi e lamentarsi perché vuole essere curato anche per la tubercolosi o rimandato all'Umberto I. Ma non c'è più tempo per rimediare: dopo i quindici giorni canonici in osservazione, il normale ciclo di disintossicazione da morfina e le inevitabili procedure mediche e burocratiche passano quasi due mesi durante i quali Luigi peggiora fino all'esito fatale: alle otto e trenta del 21 maggio del 1937, all'età di 24 anni, Luigi muore per *“cachessia”*.

La distinzione fra strategie di vita e strategie relative all'internamento non è però così netta come potrebbe sembrare rifacendosi alle storie di Clementina e Luigi. Spesso le une e le altre erano compresenti e si influenzavano a vicenda imponendo scelte anche drastiche tra quale delle due dimensioni operative privilegiare.

Quando viene internato per la prima volta, nel giugno del 1912, Amedeo è un giovane di 22 anni impiegato come macellaio nella natia città di Roma.

²⁶⁹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi N. 1937.

Fin dall'ingresso in manicomio viene considerato irascibile, violento e sboccato; lo staff è poi particolarmente preoccupato del fatto che la sua incompatibilità alla vita manicomiale lo porti spesso a istigare i compagni alla ribellione. Come di consueto, la reazione del manicomio a comportamenti che creano turbativa all'interno dell'istituto consiste in un progressivo scivolamento verso padiglioni sempre più restrittivi. A quel punto, permanendo un continuo alternarsi di periodi di calma con altri di irascibilità violenta, la degenza di Amedeo diventa un affare complesso e non risolvibile in breve tempo. D'altronde non c'è nemmeno nessuno che dall'esterno cerchi di aiutarlo nell'ottenere la dimissione.

Dopo quasi nove anni di degenza, nel febbraio del 1921, a seguito di un lungo periodo di tranquillità, la direzione medica del Santa Maria si decide finalmente a dimettere Amedeo. Ma la tanto sospirata libertà dura pochissimo: il 28 marzo, dopo nemmeno due mesi, è nuovamente internato nel manicomio di Roma perché "*epilettico affetto da impulsività occasionale*". Amedeo non accetta questo nuovo internamento e comincia fin da subito a darsi da fare per ottenere una dimissione. Da un lato fa pressione sui parenti, le sorelle in particolare, affinché si attivino per la dimissione, dall'altro lavora sul personale sanitario del Santa Maria cercando di convincerli della sua sanità mentale. La sua strategia difensiva è assai semplice e si affida tutta alla costruzione di una identità di vittima innocente: "*accusa i parenti che si sono seccati di lui mentre lui non ha dato nessuno disturbo*"²⁷⁰. Compie però un errore assai grave che gli costa le poche speranze che questa strategia poteva avere: nonostante la lunga esperienza manicomiale già maturata, "*è untuoso, mellifluo con il medico*" ma "*non rare volte violento, prepotente con gl'infermieri*"²⁷¹. Tra direzione e padiglione non manca certamente lo scambio di informazioni e la strategia di Amedeo per riottenere la libertà fallisce miseramente. Con questo secondo internamento Amedeo viene definitivamente cronicizzato fino al

²⁷⁰ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Amedeo A. 1937.

²⁷¹ Ivi.

1937, data in cui viene mandato al manicomio di Volterra. In questa vicenda, però, Amedeo non si limita a mettere in piedi una strategia che lo possa portare fuori dal manicomio: deve anche scendere a patti con la vita che conduce nell'istituto. Tra le cause dell'agitazione periodica che lo coglieva sicuramente inserita la smania di ottenere la dimissione; tale comportamento, però, oltre ad allontanare il momento della dimissione, crea un notevole peggioramento delle condizioni di vita di Amedeo. L'istituto manicomiale, infatti, operava anch'esso una serie di azioni strategiche per ottenere i propri scopi, che nel caso in questione consistevano in un corretto e tranquillo svolgimento della vita nell'istituto. Nei lunghi anni di degenza Amedeo era quindi sempre oscillato fra periodi di agitazione che ne peggioravano le condizioni di vita e periodi di calma che lo facevano tornare verso condizioni di reclusione molto più confortevoli. In questo alternarsi, che corrispondeva al passaggio da un padiglione all'altro, le strategie comportamentali di Amedeo, intenzionali anche se poggiate su presupposti sbagliati, rispondevano all'alternarsi fra momenti in cui adottava strategie in funzione di un progetto di vita extramanicomiale e momenti in cui adottava strategie che privilegiavano un punto di vista tutto incentrato sulle proprie condizioni di recluso.

Questo genere di 'confronto disciplinare' fra istituzione e ricoverati era una delle tipologie più ricorrenti di comportamento strategico che gli internati avevano a disposizione per forzare la situazione in loro favore. Tale campo di azioni strategiche non si risolveva necessariamente in uno scontro frontale fra volontà contrapposte: anzi, il più delle volte corrispondeva a un alternarsi di concessioni e contrapposizioni che poteva diventare anche assai sofisticato e che bisogna sempre considerare insieme a una serie di altre variabili che cooperavano nella riuscita o meno di una determinata strategia. Insieme al brutale confronto disciplinare, una delle strategie più largamente adottate e al tempo stesso più produttive consisteva nel dimostrare allo staff medico di aver accettato e introiettato il suo punto di vista. Nella maggior parte dei casi questa strategia si raccordava con una strategia

comportamentale che serviva a sostenerla, per cui a un periodo di disturbi e agitazione spesso ne seguiva uno di calma al termine del quale il paziente riconosceva la diagnosi medica e criticava i propri comportamenti tenuti nel periodo di follia. Numerose storie manicomiali, infatti, terminavano proprio con un gioco delle parti di questo tipo, cui faceva da suggello la caratteristica frase che i sanitari dei vari padiglioni premettevano alla proposta di dimissioni per la direzione: “*critica bene e corregge i disturbi*”. Tra i ricoverati dimessi dal Santa Maria della Pietà nel gennaio del 1937 ci sono due uomini che hanno da poco superato i quarant’anni: Ettore M. e Gaetano G.. Entrambi si guadagnano il pane a forza di braccia: il primo è muratore nella natia provincia di Pavia mentre il secondo fa il manovale a Roma, ed entrambi vengono ricoverati per deliri allucinatori. Ma le loro dimissioni, avvenute a distanza di due giorni l’una dall’altra, sono molto diverse: Ettore verrà mandato alla succursale per cronici di Rieti mentre Gaetano verrà riconsegnato alla famiglia perché guarito.

A giustificare questa differenza di trattamento non sembrano esserci differenze né dal punto di vista patologico né da quello delle pressioni esercitate da qualche rete sociale. Anzi, in entrambi i casi le vicende della degenza brillano per la completa assenza di qualsiasi traccia del mondo esterno all’istituto. Il vero discrimine della vicenda sembra essere un altro.

Gaetano era già entrato una prima volta in manicomio pochi anni prima, nel 1934, e sempre per delle allucinazioni uditive: “*sente delle voci che gli dicono uccidi*”²⁷². Questo primo internamento era durato ben venti mesi, dall’agosto del ’34 all’aprile del ’36, quando, al termine di un periodo di tranquillità, finalmente “*riconosce di essere stato malato di mente e critica i disturbi sofferti*” e dice anche che da parecchio non sente più le voci e “*si è pienamente convinto che esse costituivano un disturbo mentale*”²⁷³. Dopo circa quattro mesi dalla dimissione, il 18 agosto di quello stesso 1936 aveva ricominciato a sentire le voci ed era nuovamente tornato in istituto. Questo

²⁷² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Gaetano G. 1937.

²⁷³ Ivi.

secondo internamento, però, dura molto meno e già sul finire dell'anno Gaetano aveva trovato la forza di criticare e correggere il proprio stato psichico.

Come in molte delle analoghe storie manicomiali conclusesi con questa particolare formula, è assai difficile capire fin dove si trattasse di vere e proprie strategie e fin dove fosse invece un reale convincimento. Di certo, però, criticare e correggere era comportamento abituale nel rapporto fra medici e pazienti e aveva delle regole da seguire. Omettere di farlo o tralasciare qualcosa poteva avere conseguenze nefaste e a dimostrarlo è proprio il fallimento di Ettore, che si era consumato in quegli stessi giorni in cui Gaetano trovava la sua libertà.

La sua storia comincia a Pavia quando inizia ad avere delle allucinazioni uditive: riceve degli ordini da una voce proveniente dalla radio, e la voce è quella di Mussolini. Decide quindi di venire a Roma per parlare col capo del Governo ma viene arrestato dagli agenti di Pubblica Sicurezza che subito lo inviano in manicomio. La storia non è granché diversa da quella di Gaetano, anzi mancano completamente riferimenti a qualsiasi istigazione alla violenza da parte della voce, ma Ettore sbaglia qualcosa nella sua strategia. Dopo pochi mesi di degenza in cui si era mantenuto sempre tranquillo anche lui aveva preso a correggere e criticare i propri disturbi, ma nel suo caso si era limitato a dire che sebbene sentisse ancora le voci *“non ci crederà più e non desidera altro che tornare a casa”*²⁷⁴.

Oltre l'opportuno raccordo con una strategia comportamentale adeguata e il rispetto di alcune formalità nelle dichiarazioni rese ai medici, un'altra regola importante per il buon successo di questa strategia era quella di mostrarsi sinceri e convincere lo staff medico della propria convinzione.

Fioravante S. era stato già ricoverato per cinque mesi quando venne internato per la seconda volta nel Santa Maria. La prima volta era stato internato perché fermato dagli agenti in preda a idee deliranti con manie di grandezza per le quali voleva parlare con Mussolini. Forte dei cinque mesi

²⁷⁴ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ettore M. 1937.

di esperienza già maturati, terminati solo con una severa critica della propria megalomania, appena entrato in manicomio si era presentato ai medici “*subito dichiarando di non essere matto*” e “*nega di sentire voci (chi le sente è matto)*”²⁷⁵. Ma l’esperienza non sembra essergli sufficiente e la sua strategia fallisce. Gli infermieri si convincono che quando parla e gesticola stia rispondendo ad allucinazioni uditive e ne fanno comunicazione ai medici che lo trattengono in manicomio. Fioravante non ci sta e comincia ad agitarsi contestando il proprio internamento, ma non ottiene altro che l’invio in un padiglione per semiagitati. Dopo questo fallimento torna sui propri passi e per i tre mesi successivi si mantiene sempre calmo e tranquillo non reclamando nulla. Infine, dopo sei mesi dall’ingresso in istituto, torna a criticare e correggere i propri disturbi e viene dimesso guarito.

Una delle più sofisticate abilità che l’utenza manicomiale del primo dopoguerra ha dimostrato di avere consisteva nella capacità di destreggiarsi fra le maglie istituzionali e, in particolare, di saper sfruttare a proprio vantaggio i contrasti fra esse e le incongruenze del sistema.

Edoardo B., calzolaio, romano, classe 1881, viene internato per la seconda volta nel manicomio di Roma il 24 gennaio del 1924. All’epoca di questo secondo internamento aveva alle spalle una lunga tradizione di comportamenti devianti cui era sempre seguito un ricovero manicomiale. Una prima volta, in realtà, era stato tenuto in carcere due mesi mezzo per schiamazzi notturni, ma poi era sempre stato mandato in manicomio. Una volta l’avevano mandato per sei mesi al manicomio di Perugia perché si era buttato da un treno; una seconda volta aveva fatto quattro mesi, sempre a Perugia, per aver ferito il cognato; poi c’erano stati tre mesi per melanconia, nove mesi per una rissa con coltello e altri nove, sempre dopo una rissa, tutti passati nel capoluogo umbro; la sesta volta era stato mandato al Santa Maria perché non riusciva più a sottostare alla disciplina della compagnia di Finanza di stanza alla borgata romana di Valle dell’Inferno. All’epoca di

²⁷⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Fioravante S. 1937.

questo settimo internamento sono ancora episodi violenti ad averlo portato in manicomio: *“ritenendosi danneggiato in una questione di eredità [...] ha ferito con il coltello suo fratello”*²⁷⁶. Secondo la cartella clinica *“negli ultimi anni specialmente, i periodi di degenza nel Manicomio sono stati prolungati e i periodi di libertà brevi, talora solo di pochi giorni. Il movente di quasi tutti gl'internamenti sarebbe stato il sospetto di alcuni suoi paesani che avrebbe suscitato razioni violente”*, inoltre *“ce l'ha col fratello, la sorella e un cugino”*²⁷⁷. Eppure, sempre stando alla cartella clinica, in tutte le degenze si è sempre rivelato tranquillo e, nonostante brevissimi periodi di agitazione nei primi momenti dell'internamento, anche corretto e orientato. Quello che emerge è un quadro secondo cui dal primo internamento in poi si è attivato l'etichettamento di Edoardo come deviante psichiatrico, etichettamento che l'ha sempre portato in manicomio anziché in carcere. Ma Edoardo l'ha capito benissimo e si è messo a sfruttare questa specie di 'tradizione istituzionale' per il proprio tornaconto, tant'è che *“contro il R. [il cugino] nutre odio accanito e manifesta candidamente l'intenzione di ucciderlo, con la sicurezza di cavarsela con qualche mese d'internamento nel manicomio”*²⁷⁸. In questa vicenda è chiaro come Edoardo abbia imparato a muoversi a proprio vantaggio nello spazio contiguo tra crimine e follia trovandovi di fatto una sorta d'impunità. D'altro canto è anche vero che la tendenza a rivolgersi all'istituto manicomiale anziché al carcere non era solamente una strategia difensiva dei soggetti 'criminali' ma anche una prassi con la quale le autorità o la comunità riuscivano a segregare individui per i quali non si riscontravano gli estremi per una soluzione carceraria. Che andassero nell'una o nell'altra direzione, questi esempio non fanno altro che testimoniare la capacità dell'utenza manicomiale di sgusciare da un'istituzione all'altra in base alle proprie esigenze.

²⁷⁶ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Edoardo B. 1925.

²⁷⁷ Ivi.

²⁷⁸ Ivi.

6. Imparare il manicomio: la diffusione del sapere psichiatrico-manicomiale

*Se tu scruterai a lungo in un
abisso, anche l'abisso scruterà
dentro di te²⁷⁹.*

Chiunque volesse dedicarsi allo studio del Santa Maria della Pietà finirebbe molto probabilmente per rivolgersi alla biblioteca dell'istituto, la Cencelli, e all'archivio storico. Sono questi, infatti, i punti di riferimento che offrono maggiori spunti per comprendere la vita dell'istituzione.

Nella prima è possibile cogliere con estrema chiarezza l'evoluzione della dottrina scientifica professata nell'istituto. Seguendo il succedersi delle acquisizioni e l'accumularsi dei lavori interni all'istituto stesso è possibile trovare le tracce più evidenti di quel lungo cammino che, nel XIX secolo, ha portato la teoria psichiatrica del manicomio romano dall'influenza francese al primato tedesco. È una storia che parla dei grandi nomi della psichiatria ottocentesca, da Pinel²⁸⁰ a Kraepelin²⁸¹ passando per Charcot²⁸² e Kraft

²⁷⁹ Friedrich Nietzsche, *Al di là del bene e del male*, Adelphi, Milano 2008, p. 79.

²⁸⁰ Philippe Pinel (Saint-Paul-Cap-de-Joux 20/04/1745-Parigi 25/10/1826) nominato direttore dell'Ospedale di Bicêtre nel 1793 è ritenuto il padre della psichiatria moderna.

²⁸¹ Emil Kraepelin (Neustrelitz 15/02/1856-Monaco 07/10/1926) dedicò gran parte dei suoi studi alla ricerca dei fondamenti neuropatologici delle psicosi e diede vita a un sistema di classificazione delle malattie mentali che ebbe molto seguito tra i due secoli.

²⁸² Jean-Martin Charcot (Parigi 29/11/1825-Nièvre 16/08/1893) lavorò a lungo alla Salpêtrière di Parigi ed è considerato il padre della neurochirurgia e della neurologia francesi.

Ebing²⁸³, e che al volgere del XX secolo si può ormai considerare saldamente ancorata a una solida impostazione neuropatologica d'impronta tedesca.

D'altronde, quando nel 1907 venne scelto come direttore Giovanni Mingazzini, illustre neuropatologo e germanofilo d'acciaio²⁸⁴, tale scelta non faceva che consacrare definitivamente l'impostazione dominante nella psichiatria italiana, e anche la successiva nomina di Augusto Giannelli, discepolo di Mingazzini, confermava questo indirizzo.

Pure nelle carte dell'archivio è possibile trovare tracce di questa lunga evoluzione della dottrina professata nell'istituto romano, ma queste tracce raccontano anche un'altra storia. La scienza psichiatrica rintracciabile nelle cartelle cliniche tende a perdere molto della rigosità scientifica per assumere un tono più spiccatamente manicomiale, dove le note antropometriche lombrosiane e le anomalie neurologiche kraepeliniane si diluiscono, spesso fino a divenire impercettibili, nel gran mare delle rilevazioni comportamentali incentrate sullo scandalo e sulla pericolosità. È in questo *mare magnum* della devianza comportamentale che si rivela la cifra della dottrina manicomiale quale veniva effettivamente praticata nei padiglioni del Santa Maria ed è principalmente questa cifra quella con cui veniva più spesso in contatto l'utenza manicomiale.

Nel relazionarsi al medico *“il paziente impara l'arte di difendersi dalla curiosità invasiva e preconcepita del suo medico-psichiatra, accetta il suo ordine e in una compiacenza deduttiva e ossequiosa sembra adeguarsi: «deplora gli abusi di alcolici ai quali si abbandona [...] si dimostra ordinato e tranquillo, socievole, di buon umore, docile, dorme bene...»*²⁸⁵.

La psichiatria che viene imparata dall'utenza manicomiale è quindi molto

²⁸³ Richard Von Krafft-Ebing (Mannheim 14/08/1840-Graz 22/12/1902) fu autore della monografia *Psycopathia sexualis* (1886) che venne ritenuta la più importante opera sulle psicodegenerazioni sessuali nei decenni a cavallo fra XIX e XX secolo.

²⁸⁴ Giovanni Mingazzini, direttore dal 1905 al 1924, fu un attivissimo divulgatore della psichiatria tedesca in Italia nonché autore di numerose traduzioni di neuropatologi tedeschi.

²⁸⁵ Giuseppe Riefolo, Tommaso Losavio, *Tra Ottocento e Novecento. La psichiatria italiana attraverso i documenti clinici del Santa Maria della Pietà*, in *L'ospedale...*, cit., Vol. II, p. 158.

più un discorso umano fatto di affettività deviate e comportamenti degenerati che non la semplificazione di un discorso tecnico sulla biopatologia dei nervi o della corteccia cerebrale. È il momento in cui i modelli culturali si diffondono e vengono acquisiti nelle forme consone alla nuova realtà in cui si applicano, che non è più quella accademica ma quella della vita reale.

Ma non è la sola nosografia manicomiale ad essere imparata dall'utenza: anche tutto il complesso e intricato mondo delle consuetudini burocratico-amministrative che regola i rapporti del manicomio con la sua 'clientela' e con le altre istituzioni diviene materia di acculturazione. È un processo che investe nella sua totalità il rapporto fra i cittadini e l'istituzione manicomiale, un processo che diventa un vero e proprio incontro fra culture spesso molto distanti fra loro e che si realizza secondo flussi di circolazione sia ascendenti che discendenti.

Quella che si giocava sul terreno del ricovero manicomiale era una partita assai complessa, che imponeva agli uni e agli altri un continuo processo di acculturazione nei confronti dei fenomeni che circolavano intorno al fatto manicomiale. Se da un lato, per ovvi motivi, era di primaria importanza per l'utenza 'imparare il manicomio', d'altro canto non era poi meno importante per le istituzioni imparare a leggere le esigenze dell'utenza stessa, ad esempio quelle economiche, al fine di mantenere almeno una parvenza di reciprocità fra la legge e la vita²⁸⁶.

Tale incontro non poteva mancare di recare con sé anche i caratteri dello scontro tra mondi distinti e contrapposti. Sottoposte alle fortissime pressioni derivanti dall'applicazione pratica, le teorie psichiatriche – spesso aleatorie e indimostrabili – finivano per modificarsi, fin quasi a snaturarsi, in un'analisi dei fattori più squisitamente sociali di una follia. Per questa via le anomalie comportamentali non si erano mai affrancate dalla commistione con fenomeni sociali quali il vagabondaggio, la promiscuità, la precarietà abitativa e quella lavorativa in un inestricabile groviglio in cui allignavano il

²⁸⁶ Cfr. Stefano Levi della Torre, *op. cit.*, p. 196.

pregiudizio e il desiderio di controllo sociale. Era inevitabile, quindi, che una parte della scienza psichiatrica cercasse d'iscrivere le stigmati della follia in un'inferiorità culturale ed evolutiva delle classi subalterne, reminiscenza dell'antica contrapposizione “*tra il corpo chiuso, armonioso e definito, della tradizione classica aristocratica e il corpo aperto, grottesco e indefinito, della tradizione popolare carnevalesca*”²⁸⁷ e che richiamava il lungo confronto della cultura popolare e contadina con quella borghese e urbana.

Una volta accertato che nello spazio manicomiale si verificava un vero e proprio incontro fra culture, con i conseguenti fenomeni di acculturazione, è necessario interrogarsi sulla natura di questi scambi. Quale era, in sostanza, questo sapere che circolava nello spazio manicomiale?

Per rispondere a questa domanda bisogna innanzi tutto volgerla al plurale. Quello che circolava nello spazio interazionale dell'internamento, infatti, non era un singolo sapere, come potrebbe essere quello psichiatrico, ma una pluralità di diverse tipologie di conoscenza relative ai diversi piani operativi su cui si costruiva un internamento manicomiale. Come si è visto nelle numerose storie manicomiali fin qui riportate, se non è possibile limitare l'esperienza manicomiale al solo fatto medico-psichiatrico, allora bisognerà considerare come saperi utili alla gestione delle dinamiche manicomiali anche tutto quel mondo di leggi, consuetudini e obblighi morali che influenzavano pesantemente tali dinamiche. Occupandomi principalmente di evidenziare il ruolo assolto dall'utenza nel governare e condizionare gli internamenti manicomiali, farò principalmente riferimento a quanto concerne i saperi utili a imparare il manicomio; solo nel seguito del capitolo, quando mi occuperò della circolazione del sapere in merito alle psiconevrosi belliche, mostrerò più dettagliatamente come questi fenomeni di acculturazione non fossero sempre esclusiva dell'utenza manicomiale.

²⁸⁷ Renata Ago, *La costruzione dell'identità maschile: una competizione tra uomini*, in Angiolina Arru (a cura di), *La costruzione dell'identità maschile nell'età moderna e contemporanea*, Biblink, Roma 2001, p. 18.

Per quanto riguarda i pazienti e le reti sociali a loro collegate, e più in generale per quella che definisco l'utenza' manicomiale, ciò che occorreva imparare riguardava principalmente quattro aspetti: la cultura psichiatrica, l'ordinamento giuridico, le regole manicomiali e le pratiche consuetudinarie.

Per quanto riguarda l'apprendimento del sapere medico-psichiatrico ho già accennato alle modalità particolari con cui questo avveniva: un incrocio fra imbastardimenti di teorie scientifiche, apprendimento intuitivo e medicalizzazione del senso comune. Numerosi sono i casi, anche tra quelli riportati finora, in cui si può vedere come gli utenti del manicomio conoscessero e sapessero manipolare concetti pseudo-medici, come quelli riguardanti le varie eredità patologiche, prove di disturbi pregressi quali la tendenza al vagabondaggio, e più in generale quel particolare linguaggio medico fatto di traumi al capo, spaventi e attacchi convulsivi.

Il 19 giugno del 1915 Luigi R. viene internato nel Santa Maria della Pietà perché affetto da *“Alcoolismo acuto (allucinosi acuta dei bevitori)”*. Secondo i dati registrati nel sua cartella clinica era nato 27 anni prima a Piperno, in provincia di Roma, e lì aveva sempre vissuto. Al momento dell'ingresso risulta sposato, con un figlio a carico e, soprattutto, risulta come militare inviato dall'ospedale Celio.

In realtà Luigi militare a tutti gli effetti proprio non lo era. Pochi anni prima aveva fatto 10 mesi di servizio militare ma era stato fatto rivedibile a causa di deperimento organico e rimandato a casa; nemmeno quando poi scoppiò la guerra libica il Regio Esercito aveva ritenuto necessario il suo contributo. Diversamente accadde in quella primavera del 1915 in cui risuonò *l'ora solenne delle rivendicazioni nazionali*: il 16 maggio del 1915, a pochi giorni dalla dichiarazione di guerra contro l'Austria, fu richiamato alle armi. Ma a Luigi *la gloria di compiere l'opera eroica iniziata dai padri risorgimentali* sembrava non interessare granché: alla notizia *“rimase impietrito e per una*

mezzora restò come una statua” e da quel momento venne preso da “uno stato di avvilito che scompariva solo sotto l’azione del vino”²⁸⁸.

Per Luigi e per la sua famiglia l’improvvisa richiesta dell’esercito è un fulmine a ciel sereno che rischia di scombussolare la già fragile economia domestica, tanto più che la signora R. è nuovamente incinta. Immediatamente la rete sociale si attiva per impedire che il congiunto venga inserito nei ranghi dell’esercito e adotta una strategia identitaria. Forte del fatto che già una volta era stato considerato rivedibile, la famiglia di Luigi cerca ora di presentarlo come incompatibile alla vita militare e, più precisamente, come un individuo evidentemente alienato. La scelta dei punti di attacco all’immagine del soldato Luigi R. è quasi da manuale per la corrispondenza con quelle che sono le conoscenze medico-psichiatriche che più spesso venivano apprese dall’utenza manicomiale di estrazione popolare. Dapprima viene intaccata l’ereditarietà familiare, per cui il padre era un forte bevitore e uno zio aveva tentato il suicidio. Poi, erano stati riportati lontani precedenti che testimoniavano la presenza del germe della follia: dai due ai quattro anni aveva sofferto di attacchi epilettici poi scomparsi. Infine, era stato mostrato il lato patologico del suo comportamento abituale, ovvero i reiterati abusi di vino per colpa dei quali diventava aggressivo, scontento e inveiva contro i parenti accusandoli di ogni nefandezza.

Dopo aver presentato questi fin troppo ricorrenti indizi di follia – ereditarietà negativa, epilessia infantile, alcolismo violento – diventava molto più semplice presentare il paziente come un elemento instabile cui il richiamo alle armi aveva inferto l’ultimo colpo.

Al di là delle considerazioni sulla veridicità o meno di queste dichiarazioni rilasciate dalla famiglia, il punto importante è registrare come queste dichiarazioni fossero perfettamente in linea con quelli che i sanitari del manicomio ritenevano indizi di follia. Considerando quanto questo genere di testimonianze fossero diffuse nelle cartelle cliniche del primo dopoguerra

²⁸⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi R. 1937.

e come spessissimo queste fossero offerte o taciute secondo convenienza, è possibile presupporre che gli elementi più utili e comprensibili del linguaggio medico-psichiatrico siano stati appresi dall'utenza manicomiale. Accedere al sapere 'tecnico' della disciplina psichiatrica, però, non garantiva assolutamente di poter controllare la scena di un internamento né di poter sempre intervenire in esso. A dispetto di quanto speravano gli psichiatri del primo dopoguerra, una larga parte delle vicende manicomiali si giocava su un piano alieno alle speculazioni teoriche ed esclusivamente interno all'istituzione stessa. Lo si è visto, ad esempio, in merito all'uso dello spazio di reclusione, ovvero a quel gioco di premi e ricompense attuato mediante il sistema dei padiglioni che aveva regole e consuetudini proprie che ben poco dovevano alla scienza psichiatrica. Quello delle regole manicomiali era, infatti, un gioco impostato principalmente su norme comportamentali che l'utenza sapeva apprendere con grande facilità e con altrettanto grande facilità sapeva gestire. Si è visto nel caso delle critiche ai comportamenti pregressi e al riconoscimento da parte dei pazienti delle considerazioni dei medici come fosse rapido l'apprendimento di quelle poche fondamentali regole che governavano gran parte dei taciti e convenientissimi accordi che si stringevano quotidianamente tra medici e pazienti.

Per cui se era fondamentale imparare quali fossero le informazioni utili a gestire e incanalare le considerazioni mediche dello staff sanitario del manicomio, altrettanto importante era apprendere quali fossero le regole che governavano la vita dell'istituto e quali dimostrazioni di sottomissione fosse conveniente fornire al fine di governare il decorso ospedaliero.

Un procedimento manicomiale, però, chiamava in causa anche altri attori istituzionali oltre quelli che gravitavano intorno al complesso psichiatrico-manicomiale. Si tratta principalmente di comprendere come, tra le norme fondamentali che occorreva apprendere, fosse importantissimo avere conoscenza dell'ordinamento giuridico in merito alle ammissioni e alle dimissioni. Anche in questo caso, pure se in misura minore rispetto alle

nozioni mediche, non era tanto una questione di apprendere con precisione e dovizia di particolari il sapere tecnico, quanto piuttosto di apprendere almeno intuitivamente quali fossero le dinamiche dominanti in atto per capire quali fossero i punti di pressione giusti per soddisfare le proprie esigenze.

Il caso dei criminali internati o mandati in perizia mostra chiaramente un certo grado di consapevolezza in merito alle nozioni legali che l'utenza manicomiale era in grado di apprendere; ma anche nel caso di questi particolari 'cultori della materia' non mancano esempi di somma ignoranza e apprendimento tardivo.

Molti dei detenuti mandati in manicomio per una perizia psichiatrica cercavano di ottenere le stigmate della follia al fine di evitare le conseguenze carcerarie delle loro azioni. È quanto cercò di fare Giovanni Q., che nel luglio del 1936 venne inviato dalle carceri di Regina Coeli al manicomio di Santa Maria della Pietà per una perizia psichiatrica. L'accusa a suo carico era indubbiamente grave, tentato omicidio, e l'epilogo giudiziario poteva rivelarsi assai pesante. Deciso ad attenuare la propria esposizione davanti alla legge, aveva dato vita a una serie di stranezze che l'avevano fatto inviare in manicomio, ma ben presto si era pentito. Dopo poche settimane di degenza aveva scoperto una delle differenze fondamentali fra manicomio e carcere e aveva preso a rimpiangere il penitenziario romano: *“dice che vuole tornare in carcere perché lì almeno sa quando finisce”*²⁸⁹.

Anche se non era stato l'unico, Giovanni aveva dimostrato una certa ignoranza sulle leggi che regolavano l'internamento manicomiale, ignoranza che poco si addice alle dettagliate informazioni di cui disponevano i simulatori di vario tipo e genere che popolavano il manicomio di Roma. Tralasciando per il momento il caso particolare dei simulatori, di cui mi occuperò in seguito, è opportuno tornare a considerare a quale tipo di sapere

²⁸⁹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giovanni Q. 1936.

si fa riferimento quando si considera l'apprendimento intuitivo delle dinamiche dominanti e dei punti di pressione.

Quando Augusto C. viene internato, nel febbraio del 1924, ha 84 anni e la diagnosi lo bolla come affetto da demenza senile. A portarlo in manicomio era stato il figlio Domenico, che aveva sciorinato ai sanitari del Santa Maria una serie di precedenti di nervosismo, violenze ed eccessi erotici poco plausibili per un individuo di quella età. Lo stesso Augusto rivela ai medici del manicomio che di quanto riferito dal figlio nulla è da considerarsi vero, soprattutto gli eccessi erotici, visto che *“la sua vita sessuale si sarebbe spenta trenta anni prima”*²⁹⁰. I membri dello staff ravvisano nel paziente nulla più che un certo indebolimento mentale e la tendenza a dimenticare le cose, soprattutto i nomi, e sembrano accogliere più la versione di Augusto che quella che parla di un *“impulsivo e violento”* e di un *“anormale”* fornita dal figlio. A risolvere il dubbio sullo stato mentale di Augusto ci pensa, forse, una lettera anonima inviata alla direzione del manicomio di Roma in cui si narra che Augusto è *“proprietario di un fabbricato del valore di circa 20mila lire il figlio maggiore di questo Domenico, volendo dare la fregatura agli altri fratello e sorelle tanto fece e tanto disse che dal padre si fece fare la vendita del fabbricato, ma il denaro glielo fece solo vedere avanti al notaio ed ai testimoni presenti all'atto, ma non gli consegnò un soldo. Dopo sono principati i maltrattamenti e le privazioni di ogni sorta fino a che questo vecchio con i lunghi digiuni si è talmente indebolito, e ai primi segni di alienazione mentale sono corsi dal medico per il certificato, e dal comune che avesse provveduto al ricovero, e così si è levato da ogni imbarazzo il C. Domenico”*²⁹¹. Come quasi sempre in questi casi è impossibile stabilire dove stia la verità; ma rifacendosi a quanto ricorre nelle cartelle cliniche e scegliendo arbitrariamente di prendere per buona la versione di questo scrittore anonimo risulta un quadro altamente significativo dell'apprendimento istintivo del mondo legale che gravitava

²⁹⁰ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Augusto C. 1925.

²⁹¹ Ivi.

intorno a un internamento. Quella fatta da Domenico al padre e ai fratelli era una vera e propria truffa e come tale lo lasciava esposto a un eventuale contenzioso. Il suo problema principale era la possibilità che qualcuno potesse dimostrare che il pagamento delle proprietà non era mai avvenuto realmente e che questo fosse stato fatto solo in maniera fittizia. Domenico, però, sa benissimo che un eventuale ricovero del vecchio padre lo avrebbe *“levato da ogni imbarazzo”* rispetto alle pretese dei fratelli in quanto, internandolo e bollandolo come pazzo, avrebbe polverizzato il valore di una testimonianza del padre e avvalorato la tesi secondo cui la mancanza di liquidità corrispondente alla vendita fosse da attribuirsi alle stranezze di Augusto. Anche se non c'è la certezza che sia vera, questa ricostruzione è certamente verosimile e mostra come il rapporto fra utenza manicomiale e leggi del Regno non fosse esclusivamente di sudditanza dei primi alle seconde.

L'ultimo degli aspetti principali su quale fosse il sapere che veniva appreso dall'utenza manicomiale riguarda l'influenza delle consuetudini in merito alle dinamiche manicomiali. Si tratta di grandi e piccole cose che influivano sulle dinamiche interne alle volte anche in maniera tale da snaturarle rispetto alle intenzioni del corpo medico e, forse, del legislatore.

Ad esempio, al tempo della direzione di Mingazzini gli invii in manicomio da un ospedale comune erano più frequenti quando il ricoverato era degente nel sanatorio di Santo Spirito piuttosto che in un altro ospedale. Questa consuetudine del Santo Spirito era null'altro che l'eredità del lungo periodo in cui il Santa Maria era stato una dipendenza di questo ospedale, e quindi rispondeva alla spinta sia dell'abitudine dei medici locali a rivolgersi con più facilità all'internamento manicomiale sia a quella dell'utenza di rivolgersi al Santo Spirito per ottenere un ricovero che fin da subito era pensato in termini manicomiali. Fu solamente con l'affermarsi della clinica neuropsichiatrica del Policlinico Umberto I e con lo spostamento del Santa Maria a Monte Mario che questa consuetudine sparì in favore di un logico primato di questa clinica specialistica. Ovviamente, mutando il referente da

un ospedale comune a una clinica specialistica, anche le interpretazioni dei folli mutavano di tono.

L'aspetto più importante dell'influenza delle consuetudini è però incentrato sulla capacità che le aspettative dell'utenza avevano sulle decisioni dello staff sanitario. Ancora all'inizio del Novecento il manicomio subiva pressioni fortissime da parte della società per costringerlo a mantenere un ruolo assistenziale simile a quello dei vecchi sanatori dell'età moderna. Queste spinte provenivano tanto dagli strati più poveri della popolazione quanto dal notabilato, sia laico che ecclesiastico, impegnati i primi a rivendicare e ottenere servizi e assistenza e i secondi a gestire, in forma spesso clientelare, questo particolarissimo sistema di redistribuzione delle risorse. La forza di questa consuetudine era tale che non solamente gli psichiatri romani non riuscirono a sottrarsi almeno per tutto il ventennio fascista, ma addirittura intere famiglie tramandavano dai genitori ai figli l'abitudine di ricorrere al ricovero manicomiale, arrivando a costruire catene generazionali che, non di rado, coprivano a macchia di leopardo i vari focolari di un gruppo familiare esteso. Indubbiamente alla creazione di famiglie 'folli' contribuiva enormemente la presenza di una medesima dinamica sociale di medicalizzazione della povertà che, non mutando lo stato di disagio, si ripeteva di padre in figlio più o meno senza soluzione di continuità. Eppure non è possibile ignorare come le esperienze manicomiali dell'uno fossero il preludio per il ricovero dell'altro, che della sua esperienza faceva tesoro e dalla quale apprendeva cosa poteva ottenere dal manicomio.

Benedetta P., 14 anni, analfabeta e originaria di Vitorchiano in provincia di Roma, venne ricoverata al Santa Maria della Pietà il 10 settembre del 1900. Dopo un mese di degenza confessò che *“ha sempre simulato gli attacchi allo scopo di essere condotta in Roma per vedere la città”*²⁹². Secondo i sanitari del manicomio romano Benedetta non presenta nessuna forma di follia e il suo ricovero viene considerato nulla più che una stranezza

²⁹² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Benedetta P. 1900.

imputabile a un'adolescente “*vissuta sempre in ambiente di contadini di nessuna cultura*”²⁹³. Ma per ottenere questo originalissimo ‘ricovero turistico’ Benedetta ha dovuto compiere due passaggi concettuali che sono invece fatti culturali a pieno titolo: da un lato ha appreso che il ricovero in manicomio offriva una possibilità di venire a Roma, dall’altro ha imparato a simulare la follia. Come rivela ella stessa allo staff del manicomio romano, questi due passaggi sono stati possibili grazie a “*una donna che stette per qualche tempo in manicomio*”²⁹⁴ che le insegnò a simulare l’epilessia e le diede l’idea. Quello che questa vicenda mostra con toni eccentrici è indicativo di un processo di apprendimento che fa dell’esperienza di un individuo internato la base di partenza per un processo di acculturazione su cosa poteva offrire il manicomio e su come ragionava l’istituzione manicomiale.

Stabilito in linea di massima quali fossero i saperi in gioco, e tenendo ben presente la vicenda di Benedetta, è opportuno chiedersi come si realizzassero questi processi di acculturazione dell’universo psichiatrico-manicomiale.

Anche in questo caso l’attenzione è posta principalmente sul modo in cui il sapere scientifico-istituzionale filtrava verso il basso fino a divenire, in forme proprie, dominio dell’utenza stessa. Nel caso appena riportato è evidente che uno dei sistemi più consueti per la diffusione del sapere psichiatrico-manicomiale era indubbiamente il passaparola. Questa circolazione di notizie proveniente dalle esperienze vissute dai vecchi ricoverati interessava sia l’apprendimento sulla reale natura dell’offerta manicomiale sia, ovviamente, quali fossero i modi con cui ci si doveva rapportare ad essa. Per questi ultimi aspetti, in particolare, l’apprendimento per via empirica era indubbiamente una questione della massima importanza per quanti erano direttamente coinvolti in un internamento, fossero essi pazienti o reti sociali a loro collegate. Molti di questi personaggi che

²⁹³ Ivi.

²⁹⁴ Ivi.

‘imparavano’ il manicomio avendoci a che fare si sono già visti all’opera nel corso di questo lavoro. Sono quella gran massa di utenti come Pietro P., pastore, ventiduenne di Borgo Panigale, che ha ormai tale dimestichezza con i ricoveri che appena entrato per l’ennesima volta nella clinica psichiatrica del Policlinico Umberto I “*confessa di aver sentito voci [...] riconosce di essere malato di nervi*”²⁹⁵ e attende tranquillo, senza nemmeno comunicare con i parenti, “*perché tutti aspettano sia finita l’osservazione e [come sempre] lo rimandino a casa*”²⁹⁶. Oppure sono quelli come Gaetano G. che al primo internamento impiega ben venti mesi per “*riconosce[re] di essere stato malato di mente e critica[re] i disturbi sofferti*”²⁹⁷ e circa un decimo del tempo per offrire la medesima interpretazione quando viene internato una seconda volta.

Non era, però, solamente l’esperienza diretta a mettere in circolo nozioni riguardanti l’universo manicomiale. Senza dubbio anche la cultura psichiatrica era lentamente filtrata verso gli utenti del manicomio, per lo meno nelle sue forme più facilmente accessibili a un pubblico che quando non era semianalfabeta certamente non aveva nulla a che spartire col sapere specialistico della disciplina.

Affrontare la questione del come si divulgassero le teorie scientifiche sarebbe un compito immane e incongruo nell’economia di questo lavoro, soprattutto in quanto si verrebbe a trattare un fenomeno come la follia che, da sempre, aveva un posto importante nell’immaginario popolare. È però possibile ricostruire un quadro valido e assai indicativo di come funzionasse la divulgazione dei modelli culturali dominanti considerando due documenti rinvenuti fra le carte d’archivio del Santa Maria della Pietà.

Il primo di questi documenti è quella che viene chiamata la “*modula informativa*” o modula di ammissione. Questo particolare documento, in uso fin dalla seconda metà dell’Ottocento, è tra i più diffusi nelle cartelle cliniche almeno fino al primo dopoguerra, quando il suo uso pian piano

²⁹⁵ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Pietro P., 1937.

²⁹⁶ Ivi.

²⁹⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Gaetano G. 1937.

decade senza però mai sparire del tutto. Si trattava di una serie di domande cui le autorità dovevano rispondere prima di inviare un sospetto alienato al reparto osservazione del manicomio. Le domande contenute erano uno spaccato fedele di quale fosse la realtà concreta su cui gli psichiatri basavano gran parte delle proprie considerazioni in merito a un paziente e consistevano principalmente in una ricostruzione dell'eredità biologica del paziente stesso, soprattutto notizie su parenti e affini ricoverati, sui comportamenti tenuti durante l'infanzia, su eventuali ricoveri, malattie e traumi, informazioni sullo sviluppo e sui comportamenti sessuali, indagini sull'affettività e la socialità, sul comportamento morale in generale e sui modi in cui erano insorti i disturbi che lo avevano portato in manicomio. Tutti questi quesiti passavano per le mani di medici condotti, agenti di Pubblica Sicurezza, sindaci e podestà e ad essi si rispondeva quasi sempre in collaborazione con i parenti dei ricoverati, gli unici, in fondo, in grado di fornire gran parte delle informazioni richieste. La *“modula informativa”* rappresentava in sostanza l'armamentario teorico che la scienza psichiatrica divulgava presso le amministrazioni e, tramite esse, direttamente nel senso comune dell'utenza manicomiale. Non è quindi un caso che le questioni messe in evidenza da essa corrispondessero assai fedelmente alle conoscenze 'mediche' cui attingevano gli internati e le loro reti sociali al momento di dispiegare le proprie personali strategie di sopravvivenza. Nonostante l'uso della modula fosse andato perdendosi nel corso del primo dopoguerra, restando più che altro confinato agli invii dai Comuni della provincia, l'impianto teorico che vi stava alla base continuava imperterrita a ricorrere nelle fonti documentarie. Negli interrogatori dei medici, nei resoconti famigliari e nelle indicazioni dei medici locali continuavano a trovare spazio gli stessi temi di sempre, con lievi differenze – come la minore attenzione per l'onanismo – ma sostanzialmente immutati. Ancora sul finire degli anni '30 l'Ambulatorio gratuito per malattie nervose e mentali di Roma, diretto dal prof. Sante De Sanctis, diffondeva un decalogo in cui si nota come la pedagogia medico-psichiatrica propagandata

alle masse incolte non differisse quasi in nulla da quella ereditata dal secolo precedente.

Sotto il titolo esplicito *Difendetevi dalle malattie nervose!* seguiva una serie di indicazioni profilattiche contro la follia che riproponevano la tradizionale medicalizzazione dei comportamenti individuali:

Difendetevi dalle malattie nervose!

1. Capitali nella buona salute nervosa e mentale sono: la sifilide, l'alcool, l'ignoranza e la miseria. Potenti amici sono: la temperanza, la scuola e il lavoro.
2. La sifilide rovina il sistema nervoso, introduce la degenerazione nella famiglia e nella razza. La prostituzione è una vergogna e un flagello.
3. Gli eccessi sessuali guastano il sistema nervoso; la castità prematrimoniale è un privilegio: ma la castità fino a 20 anni è, per i giovani, uno stretto dovere d'igiene.
4. Il bere più di un litro di vino al giorno può condurre chiunque all'alcolismo; ma ci conduce di certo i deboli, i nervosi, i figli dei bevitori. Dar vino e liquori ai bambini, senza prescrizione medica, è un delitto; darne ai fanciulli e agli adolescenti è un errore. L'alcol abbrevia la vita, rovina il carattere, indebolisce l'intelligenza, apre la strada del manicomio e del reclusorio.
5. Chi vuol prendere moglie, sappia che da donne sifilitiche, beone, anemiche, tubercolotiche, convulsionarie, di cattivo carattere, di scarsa intelligenza, non c'è da aspettarsi che figli idioti, convulsionari, paralitici.
6. Chi è tubercoloso, malaticcio o vecchio rinunzi alla paternità; i figli verrebbero di certo deboli, nervosi, deficienti.
7. Quando si ha bevuto troppo o sia ha un forte patema d'animo o si è molto stanchi, bisogna assolutamente astenersi dall'amplesso, se non si vogliono dei figli deboli e nervosi.
8. La donna incinta è sacra: si deve nutrirla il meglio possibile, evitarle dispiaceri, non sottoporla a lavori faticosi e prolungati, proteggerla contro le malattie infettive e le cadute; altrimenti il figlio potrà divenire deficiente o nervoso. Le stesse cure necessita la donna che allatta, la quale inoltre farà bene ad astenersi dal vino.
9. Le cadute, i colpi sul capo, gli spaventati, le malattie infettive, l'uso del vino; ecco le principali cause per cui i bambini divengono paralitici, epilettici, anormali.
10. La cattiveria dei figli dipende quasi sempre dal cattivo ambiente domestico. I genitori che trascurano la propria famiglia, che tornano a casa ubriachi, che tengono discorsi osceni, di odio, di minaccia, di vendetta, che si lasciano trasportare dall'ira, che maledicono il proprio lavoro, si preparano figli cattivi, vagabondi, viziosi, delinquenti²⁹⁸.

In questo decalogo si riscontra indubbiamente quanto fosse ancora drammatica la situazione sanitaria di un paese dove era ancora viva e presente l'urgenza di diffondere una disciplina igienica di base. Si nota anche una chiara influenza delle suggestioni eugenetiche su cui la biopolitica fascista faceva tanto affidamento per il rinvigorismento della

²⁹⁸ ASMP, ADS, E, 1937.

razza, ma, al di là di questi elementi, si riscontra più di tutto il persistere di vecchi schemi e di vecchi ancoraggi concettuali che provenivano direttamente dal secolo precedente.

Proprio dalla corrispondenza fra questa particolare psichiatria che veniva divulgata e quella che veniva realmente praticata nei padiglioni del manicomio si comprende chiaramente quale tipo di sapere medico fosse oggetto di acquisizione da parte dell'utenza.

Esistevano anche casi e situazioni in cui i fenomeni di acculturazione si facevano più complessi e articolati, soprattutto quando il rapporto fra medico e paziente diventava di tipo 'agonistico' e trasformava l'apprendimento della cultura altrà in un requisito fondamentale per il successo finale della contesa.

Sicuramente questo era il caso del confronto fra medici e militari durante i duri anni della Grande Guerra.

Inedito per quantità e qualità, l'incontro fra dominanti e dominati realizzatosi nella guerra del '15-'18 pose autorità e sottoposti a stretto contatto gli uni con gli altri attivando un processo di comunicazione interclasse senza precedenti nella storia post-unitaria. Accanto ad essa l'emergere delle 'psiconevrosi belliche' diede vita a un contatto nuovo fra scienza e follia in parte assimilabile a questa dialettica interclasse. Sebbene le psiconevrosi belliche non fossero appannaggio esclusivo della classe dominante, coinvolgendo invece anche una larga parte del corpo ufficiali, l'impostazione disciplinare data al servizio neuropsichiatrico di guerra e le esigenze del pronto reintegro nelle file degli abili allo sforzo bellico fecero ben presto slittare il discorso puramente scientifico verso un'impostazione pratica inseribile nell'alveo del controllo delle masse combattenti.

Molte furono le domande che si posero gli psichiatri in quello che si prefigurò subito come un non facile scambio fra mondi culturalmente assai distanti. La scienza medica, e ovviamente anche quella psichiatrica, partecipò all'incontro fra culture innescato dall'"inutile strage" tramite un confronto fra strategie di resistenza delle masse combattenti e le istanze di

controllo dei comandi. Nacque così un'inedita circolazione dei fatti culturali attraverso flussi di circolazione pluridirezionali che prevedevano movimenti sia ascendenti che discendenti.

Un osservatore attento come padre Agostino Gemelli pose l'accento sull'immaginario mentale portato al fronte dalle masse di uomini, prevalentemente contadini, sottratte al proprio mondo e catapultate nella guerra moderna con il loro bagaglio di pratiche *“dal carattere superstizioso [...] trasmesse di generazione in generazione, di villaggio in villaggio”*²⁹⁹. Quel che interessò il mondo medico fu il complesso e variegato mondo della medicina popolare, quelle *“polverine misteriose che possono provocare congiuntiviti”*³⁰⁰ mandate da mamme e spose ai propri cari al fronte e di cui non pochi soldati facevo uso anche in proprio.

Diversi saperi circolavano in tutte le direzioni, gli scambi a livello di cultura popolare ben presto costrinsero il corpo medico militare ad acculturarsi nei confronti di un universo medico fino ad allora misconosciuto e a divenire capace di ricostruire pratiche autolesioniste secondo procedimenti spesso più vicini alla ricerca di prove indiziarie ed elementi probatori che non alla normale pratica clinica: *“la medicina e il suo linguaggio si conformano in tal modo come terreno di una contesa che ha per posta l'allontanamento o l'avvicinamento del soldato al fronte”*³⁰¹. La circolazione era fitta e serrata, poteva avvenire ovunque e in qualsiasi modo e serviva sia a imparare dai sodali che a carpire nozioni dagli avversari.

Guglielmo N., ventitreenne del VI Lancieri Aosta, venne *“messo in prigione per essere rientrato in caserma dopo l'ora regolamentare”*, *“nella stessa sua cella trovavasi un matto che mentre dormiva gli bruciò il pagliericcio, ne ebbe molta impressione”*; probabilmente in questa occasione aveva appreso qualcosa dal suo collega tanto che, guarda caso, *“uscito da la prigione è entrato in uno stato confusionale”*³⁰². Per altri l'apprendimento

²⁹⁹ Agostino Gemelli, *Folklore di guerra*, in “Vita e pensiero”, gennaio 1917, p. 6.

³⁰⁰ Ivi, p. 7.

³⁰¹ Antonio Gibelli, *op. cit.*, p. 140.

³⁰² ASMP, *Cartelle Ciniche*, Guglielmo N. 1918.

poteva avvenire anche mediante uno scambio col nemico: *“alcuni soldati confessarono di aver imparato da prigionieri austriaci l’uso del ranunculus aceris per procurare il penfigo [...] altri automutilati confessarono di aver nascosto l’automutilazione frapponendo fra le mani e la bocca del fucile una fetta di pane come insegnarono loro prigionieri austriaci”*³⁰³. Spesso, come nel caso delle autolesioni per colpo da arma da fuoco, le autorità mediche non facevano in tempo a prender coscienza di una nuova tecnica di autolesione che già la realtà dei fatti sopravanzava il sapere appena acquisito: *“si è avuto occasione di constatare che individui aventi lesioni alle mani (per lo più la sinistra) o a un piede, con i caratteri dei colpi d’arma da fuoco a minima distanza con evidenti fenomeni di scoppio, son passati come feriti comuni [...] In un solo ospedale di Corpo d’Armata in pochi giorni ne affluirono più di cinquanta, a gruppi, provenienti la maggior parte dalla stessa località. Le abbruciacchiature che si riscontrano nella mano, a causa della vicinanza del colpo, svelano al primo esame la dolosità della ferita”*³⁰⁴; ecco allora, alle prime condanne, la diffusione del ‘metodo austriaco’ o *“la gran massa di coloro che usano il metodo più sicuro e spiccio: tengono esposta una mano fuori della trincea, in cerca della pallottola... amica”*³⁰⁵, *“e con ciò il contrabbandiere ancora una volta elude la legge”*³⁰⁶.

Secondo una circolare della Direzione di Sanità di Armata *“si è a conoscenza di una nuova frode alla quale con tutta verosimiglianza, ricorrono i militari appartenenti ai reparti di prima linea per essere ricoverati in luoghi di cura. Trattasi di malattie parassitarie cutanee realmente esistenti [...] che è risultato in alcuni sicuramente provocato [...] i militari inviati all’Ospedale da Campo n. 100 sovente non portano tutti gli oggetti di corredo e di biancheria personale [...] Questa consuetudine genera i sospetti che il militare lasci al corpo gli effetti di biancheria*

³⁰³ Ivi.

³⁰⁴ Attilio Frescura, *Diario di un imboscato*, L. Cappelli, Bologna 1921, pp. 171-172.

³⁰⁵ *Ibidem.*

³⁰⁶ *Ibidem.*

sudicia e non disinfettata per indossarli al ritorno [...] Non vi è da escludere che gli stessi oggetti di biancheria contenenti il parassita vengano impiegati deliberatamente da altri individui a scopo fraudolento”³⁰⁷.

Dermatiti, otiti, bronchiti e ascessi erano il campo d’applicazione privilegiato dai simulatori, utilizzando saperi tradizionali e accompagnandoli a conoscenze acquisite dalla vicinanza con il corpo medico militare e con numerosi ‘colleghi’. Forti dell’esperienza propria e di quella altrui, i militari elaborarono forme sempre più sofisticate di autolesione, nel mentre a ogni loro progresso ne corrispondeva uno analogo fatto da parte dei medici. In alcuni casi i rimedi provenivano dalla tradizione erboristica popolare: preparati di ranunculacee per le dermatiti, uforbiacee per le otiti e affumicazioni per le congiuntiviti. Altri, invece, erano i casi in cui si ricorreva a conoscenze medico-scientifiche difficilmente riconducibili alla cultura popolare tradizionale, tant’è che un’altra circolare della direzione di sanità avverte che *“i soldati si procurano delle gravi congiuntiviti, con compromissioni gravi della vista e dell’occhio, usando delle sostanze irritanti come: soluzioni di nitrato di argento, solfato di rame o di alluminio, di zinco, eccetera*”³⁰⁸. Queste tecniche di autolesione arrivarono anche a guadagnarsi un ampio spazio sulle pagine delle trattazioni mediche militari: così quando il prof. Gradenigo scriveva nel «Giornale di Medicina Militare» del dicembre 1916 su come *“sono frequenti le otiti esterne suppurative provocate con l’applicazione [...] di sostanze irritanti o caustiche tra le più varie (succhi vegetali irritanti; olii essenziali; acidi vegetali o minerali; ferro arroventato; cilindri di tela o carta impregnati di grassi che si fanno ardere, etc)*”³⁰⁹ testimoniava di come la circolazione dei fatti culturali si muovesse anche dal basso verso l’alto.

Quella che si verificò fu una vera e propria battaglia culturale, dove gli uni prendevano dagli altri ferocemente determinati nel non soccombere nel

³⁰⁷ Ivi, p. 168.

³⁰⁸ Ivi, p. 169.

³⁰⁹ Ivi, p. 170.

confronto. *“La legge vigila, scruta, colpisce; il soldato la elude con metodi sempre nuovi e sottili, ingegnosi ed eroici; è una sorta di lotta per l’esistenza fra chi vuol costringere l’uomo a morire e l’uomo che si mutila per non morire. E il campo della lotta è vasto: va dalle trincee alle retrovie, sino all’interno del paese: i soldati in licenza trovano il medico, il farmacista, il veterinario, l’empirico compiacenti che forniscono loro consigli [...] e rimedi. Il consiglio e il rimedio circolano cautamente fra gli amici e i compaesani. La scienza occulta dilaga [...] Quando la scure della giustizia si abbatte, stronca una radice e su quella dieci germogli rifioriscono. Il medico fiscale sorveglia, studia, scopre. La giustizia colpisce, assai spesso a morte. Ma l’occulta pratica rifiorisce nell’ombra e la lotta sorda fra l’istinto e la legge continua”*³¹⁰.

Come i soldati beneficiavano di vere e proprie scuole di simulazione, spesso con la collaborazione di appartenenti alla cultura ‘alta’, così i medici del corpo militare non si facevano scrupoli nel reclutare nel corpo infermieri alcuni dei simulatori più abili in qualità di esperti in materia.

L’atteggiamento diffidente e vessatorio dei comandi italiani nei confronti dei propri soldati, ripreso da molti psichiatri che collaboravano con il servizio neuropsichiatrico di guerra o rimasti nei manicomi e negli ospedali civili, finì spesso per trasformare questo incontro fra culture in uno scontro finalizzato a smascherare le sempre presunte simulazioni. La letteratura psichiatrica di quegli anni è piena di tecniche e astuzie per sventare eventuali trucchi dei simulatori, considerati per la maggior parte come individui “*psicodegenerati*” e “*anormali costituzionali*” contro i quali la medicina legale aveva affilato le armi e combattuto strenuamente.

Non sempre i medici riuscivano a spuntarla: se alcuni – se ne lamentava anche Arturo Morselli – inscenavano stati sintomatici a dir poco grotteschi che venivano prontamente e facilmente smascherati, altri, invece, mostravano tale abilità che gli stessi medici restavano a lungo perplessi sulla realtà o meno della malattia. Ecco quindi che per sventare una simulazione

³¹⁰ Ivi, p. 173.

venne messa a punto una serie di sistemi alle volte, come per l'elettizzazione faradica, assai brutali.

E non solo fra corpo medico e militari s'instaurò questa particolare forma di confronto agonistico: anche le autorità giudiziarie dell'esercito ebbero il loro da fare per imparare una nuova gerarchia di punizioni che avesse presa nella particolarissima situazione in cui era precipitato il paese nella primavera del 1915.

All'inizio della guerra reati come l'indisposizione fraudolenta o la mutilazione volontaria erano sottoposti a pene variabili dai tre ai cinque anni. Praticamente si condannava il reo a passare il periodo bellico in prigione anziché al fronte *“e quindi nei tribunali di guerra si assisteva a delle scandalose scene di questo genere: un condannato a tre anni che alla lettura della sentenza si abbandonava ad incomposte manifestazioni di gioia”*³¹¹. Il Comando Supremo decise quindi che i condannati a pene non superiori ai tre anni di reclusione fossero nuovamente inviati al fronte per scontare la pena solamente al termine del conflitto; da parte loro, i soldati, a conoscenza di questa nuova economia delle pene, si diedero a reati di maggiore gravità. Progressivamente il limite delle pene la cui esecuzione era rimandabile alla fine del conflitto venne innalzato di volta in volta, sempre accompagnato da un inasprirsi dei reati, fino alla capillare diffusione delle fucilazioni sul posto.

³¹¹ Ivi, p. 174.

7. Erano proprio tutti matti?

Il manicomio come istituto di assistenza sociale

Non tutti possono vivere di carità e i manicomi sono pieni zeppi [...] è dannatamente piacevole essere un intellettuale o uno scrittore e osservare tutte queste quisquiglie fintanto che non è il TUO culo a essere preso a zampate³¹².

Rivolgendosi alla platea presente nell'anfiteatro della Sorbona, Jean Delay³¹³ terminò il suo discorso facendo il punto sullo stato della disciplina psichiatrica:

Oggi – conclude – la medicina mentale mira essenzialmente a curare le malattie mentali, raggiungendo così l'obiettivo di ogni medicina. Gli Asili sono divenuti ospedali e, come il congresso del 1900 era posto sotto il segno dell'assistenza, così il congresso del 1950 sembra finalmente poter essere posto sotto il segno della terapeutica³¹⁴.

Quella che si svolgeva quel giorno, a 50 anni di distanza dal congresso di apertura del Novecento tenuto anch'esso a Parigi, era la seduta inaugurale del primo congresso mondiale di psichiatria del dopoguerra.

³¹² Charles Bukowski, *Storie di ordinaria follia*, Feltrinelli, Milano 2007, p. 253.

³¹³ Jean Delay (Bayonne 1907-Paris 1987) fu direttore dell'Istituto di Psicologia della Sorbonne e clinico dell'ospedale Saint-Anne di Parigi. A lui si devono le prime sperimentazioni sulla clorpromazina che segnarono una delle tappe fondamentali per l'affermarsi dei farmaci neurolettici.

³¹⁴ *Premier congrès mondial de psychiatrie. VIII : Actes généraux du congrès. Séance inaugurale*, Paris, Hermann & C., 1952, *Discours de M. Le Professeur Jean Delay*, p. 89, cit. in Valeria Paola Babini, *Liberi tutti*, il Mulino, Bologna 2009, p. 124.

Nelle parole del clinico francese c'era la convinzione che si stesse aprendo un nuovo periodo per la psichiatria mondiale: un'età in cui sarebbe stato sconfitto il nichilismo terapeutico delle origini per approdare, finalmente, alla tanto agognata dimensione medica della disciplina.

Tanto entusiasmo era da ricondursi al fermento suscitato dalle terapie di shock che, a partire dagli anni '40, avevano lasciato intravedere una luce nel lungo tunnel dell'incapacità terapeutica in cui aveva fino ad allora vissuto la psichiatria. In virtù di questo entusiasmo gli psichiatri rinnovavano per l'ennesima volta il rito autocelebrativo col quale si proclamavano al di fuori della barbarie assistenziale e repressiva. Proprio Jean Delay, negli anni immediatamente successivi al congresso parigino, avrebbe dato un seguito all'euforia congressuale aprendo la strada, con le sue sperimentazioni sulla clorpromazina, alla rivoluzione farmacologia e ai grandi mutamenti del cinquantennio successivo.

È indubbio che gli sviluppi di questa rivoluzione poco abbiano da rivelare sull'assistenza manicomiale del primo dopoguerra; possono però consegnarci lo sguardo critico che l'alba di un nuovo mondo psichiatrico rivolgeva al suo passato più recente. È proprio nelle parole che Jean Delay pronunciò quel 19 settembre del 1950 che si ritrova un chiaro e sincero giudizio sul cinquantennio psichiatrico appena trascorso: un periodo *“posto sotto il segno dell'assistenza”*.

Queste considerazioni relegano gran parte delle conquiste glorificate dalla psichiatria italiana precedente agli anni '40 a poco più che un cerimoniale encomiastico periodicamente messo in piedi per giustificare l'esistenza di pretese mediche, mostrandoci, invece, un mondo manicomiale che sprofonda sempre più in una continuità col passato.

Collocando l'esperienza manicomiale del primo Novecento fra il suo secolare passato e il suo immediato futuro riesce possibile ricomporre il quadro dell'assistenza manicomiale per quello che realmente era.

È stata ipotizzata, per i manicomi in generale e per quello romano in particolare, un'ipotesi continuista fra le antiche pazzerie dell'età moderna e i

manicomi ottocenteschi³¹⁵. Questa ipotesi, incentrata principalmente sull'unità di luogo e di azione, affonda le radici del manicomio nel progressivo evolversi e specializzarsi del mondo assistenziale e di quello medico durante i secoli che vanno dal Concilio di Trento alla Restaurazione. Questo discorso è particolarmente vero per l'ospedale dei matti di Roma, che ripercorre fedelmente quell'itinerario tipico che passa attraverso la carità e l'ospedalizzazione per approdare, solo con il XIX secolo, al cosiddetto 'manicomio moderno'.

L'ospedale dei pazzi di Roma nasce, infatti, in pieno clima controriformista per mano di religiosi e laici vicini ai gesuiti di Ignazio di Loyola. Inoltre, nasce come istituto benefico per pellegrini poveri in previsione dell'Anno Santo 1500, tradendo così la sua appartenenza originaria al "*gran teatro della romana pietà*"³¹⁶ e all'attivismo cattolico tridentino. Sono quegli anni in cui la capitale del cattolicesimo è in gran fermento a causa della doppia spinta dovuta alla concorrenza della cristianità riformata e all'esigenza ormai insopprimibile di operare una profonda opera di riforma al proprio interno. Scossa dall'offensiva riformista e ferita dalle accuse che le vengono rivolte da ogni dove, la Chiesa di Roma reagisce accettando lo scontro su tutti i fronti. Non senza contrasti e tensioni, il mondo cattolico si oppone alla crisi anche affrontando sé stesso e il suo rapporto con i fedeli. Ne deriverà, tra le altre cose, una rinnovata stagione d'impegno sociale che darà vita a un profluvio di iniziative assistenziali sempre in bilico fra santità e repressione³¹⁷.

A Roma questa rinnovata attenzione per l'attività sociale s'innesta sulla lunga tradizione di interventismo che la città, in quanto capitale del

³¹⁵ Cfr. Lisa Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Mondadori, Milano 2003.

³¹⁶ Cfr. Filippo M. Ferro, *Il gran teatro della romana pietà*, in, *L'Ospedale S. Maria...*, cit., Dedalo, Bari 2003 e Maura Piccialuti Caprioli, *La carità come metodo di governo : istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Giappichelli, Torino 1994.

³¹⁷ Le due cifre di riferimento fra santità e repressione che coesistevano nella Roma cinquecentesca potrebbero essere le esperienze innovative e di grandissima umanità portate avanti da Filippo Neri da un lato e, dall'altro, i tentativi di far funzionare un reclusorio generale operati da Sisto V con la bolla *Quamvis Infirmis* del 1587.

cattolicesimo, conosceva da sempre sia come metodo di governo che come sistema per fronteggiare l'enorme numero di pellegrini che periodicamente giungevano in città e che spesso vi rimanevano perché troppo indigenti per il viaggio di ritorno o perché allettati dall'offerta assistenziale stessa. Il Cinquecento è, quindi, il secolo in cui il gran teatro della romana pietà esplose definitivamente trasformandosi in una Babilonia d'iniziativa che impongono una sorta di anarchia nel governo della carità³¹⁸. Ma in questa anarchia Roma diventa teatro di molteplici esperienze assistenziali che la porteranno presto all'avanguardia in Europa; anche se il guazzabuglio di operatori della carità impedirà uno sviluppo centralizzato e ordinato dell'assistenza, come invece accadrà in altre realtà europee³¹⁹, è nella Roma cinquecentesca che vengono anticipate la grandezza e la miseria delle politiche repressivo-assistenziali seicentesche. È proprio a Roma, e in quegli anni, che la pratica caritativa comincia a raffinarsi sensibilmente accostando all'angusto orizzonte della santità e della caccia al questuante fraudolento un discorso e una pratica di governo da attuarsi attraverso la beneficenza che anticipano una più tarda modernità.

Già dal XVI secolo la carità romana prende a evolversi nel suo funzionamento di mano destra del governo, modulando la sua offerta sempre più in termini di dialogo con la popolazione. Per questa via si accentuano i caratteri della carità volti ad alleviare i disagi imposti dall'ingiustizia sociale non solo ai poveri strutturali ma anche, e forse soprattutto, all'indigenza e alla povertà congiunturale³²⁰. Così, mentre si evolvono le soluzioni repressive per la povertà 'professionale', anche le forme assistenziali rivolte a queste categorie congiunturali devono modificarsi e rimodularsi in forme più adatte a questo tipo di bisogno.

³¹⁸ Cfr. Franca Fedeli Bernardini, *"Il vasto casamento dell'umana misericordia"*, in, *L'ospedale dei pazzi...*, cit., vol. II e Bronislaw Gremek, *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII)*, in *Storia d'Italia, Annali 5*, Einaudi, Torino 1973.

³¹⁹ Ad esempio con l'Hôpital Général a Parigi.

³²⁰ Per 'povertà strutturale' si intendono le persone perpetuamente inabili e costantemente assistite, con 'indigenti' e 'congiunturali' s'intendono, invece, coloro che, pur poveri, ricorrono alla carità come fatto occasionale o comunque non continuativo.

Quello che ne conseguirà sarà un complesso processo di specializzazione delle offerte caritativo-assistenziali che deve rispondere al caleidoscopio di esigenze di una povertà che chiede aiuto episodicamente e cerca sostegno per il mantenimento di un nucleo familiare e di uno stile di vita dignitoso.

Non solo, quindi, ospedali di più o meno grandi dimensioni che, segregando il questuante ‘ozioso’, anticipavano la pratica seicentesca della riabilitazione, ma anche un elevato numero di istituzioni assai eterogenee in grado di offrire sostegno specialistico a una povertà ‘vergognosa’ che rappresentava il grosso del corpo cittadino³²¹. Dal canto loro le famiglie indigenti non mancavano di comprendere questi meccanismi e di rivolgersi alle istituzioni proprio come a un servizio di sostegno a uno stile di vita che non era quello del mendicante a tutti gli effetti³²².

Analogamente alle evoluzioni dell’assistenzialismo cittadino, anche lo *spedale della Madonna della Pietà* nasce come ricovero indifferenziato che “*si occupa «primieramente» di ricevere i «poveri forestieri» e «altre persone miserabili ammalaticce & derelitte, che non hanno tetto», «poveri che non si possono da sé aiutare» che vengono portati qui assieme ad ammalati da inviare ad altri ospedali secondo la loro patologia»*³²³, ma prende fin dal Cinquecento ad accentuare una propria particolare specializzazione come istituto di cura, assistenza e controllo specifico per i “*pazzzerelli*”³²⁴.

³²¹ Secondo Brian Pullan la percentuale dei capofamiglia a vario titolo suscettibili di doversi rivolgere alle istituzioni caritatevoli delle città italiane cinquecentesche si aggirava intorno al 66% (Cfr. Brian Pullan, *Poveri, mendicanti e vagabondi*, in *Storia d’Italia*, Annali I, Einaudi 1978, pp. 990-996).

³²² Ad esempio gli orfanotrofi erano un ottimo sistema per controllare le dimensioni del nucleo familiare nei momenti di crisi internandovi uno o più figli per tutto il periodo del bisogno salvo poi riappropriarsene al mutare delle condizioni economiche (cfr. Brian Pullan, op. cit., p. 1025).

³²³ Alessandra Bonfigli e Franca Fedeli Bernardini, “*Quella carità che si sol fare alli pazzi acciò venghi a recuperare la sanità*”: gli esordi dell’ospedale di S. Maria della Pietà e la cura dei dementi, in *L’ospedale dei pazzi...*, cit., vol. II, p. 41.

³²⁴ Il primo nucleo del Santa Maria della Pietà risale al 1547 quando Don Ferrante Ruiz, cappellano del conservatorio di S. Caterina dei Funari di Roma, fondò la *Confraternita dello spedale della Madonna della Pietà per i poveri forestieri e pazzi* insieme ai navarresi laici Diego e Angelo Bruno, tutti facenti parte del gruppo di spagnoli raccolti intorno a Ignazio di Loyola. Già con gli anni ‘60 e ‘70 del XVI secolo l’istituto prende ad accentuare

Quando, poi, la Congregazione dei PazzereLLi riceve l'ordine di trasferirsi presso l'ospedale di Santo Spirito in Sassia, il 4 ottobre del 1725, la specializzazione in asilo per folli è ormai pienamente compiuta. Con questo trasferimento si sancisce definitivamente e indissolubilmente la specializzazione del Santa Maria e si colloca il ricovero per pazzi, fisicamente e idealmente, nello spazio dell'assistenza ospedaliera³²⁵. L'ospedalizzazione e la specializzazione in ricovero per folli non sono però una garanzia dell'omogeneità in tal senso dei suoi ricoverati, tutt'altro: ancora nel Seicento “*gli ospedali [...] accoglievano solo incidentalmente persone ammalate*” e, di norma, “*accoglievano poveracci che non avevano dove dormire e di che sfamarsi*”³²⁶. In realtà, la specializzazione delle istituzioni assistenziali determinava solo in parte una rigida distinzione fra le varie offerte assistenziali e i relativi ‘clienti’, risolvendosi spesso in una precoce ansia classificatoria che non aveva la forza di emanciparsi da una promiscuità delle funzioni. Nel caso dell'assistenza manicomiale ci si trova di fronte al perdurare di una funzione assistenziale che, pur se all'interno di una specializzazione, si fa il più possibile indiscriminata proprio per andare incontro alle esigenze di una povertà che non è solo quella strutturale da internare e, se possibile, correggere, ma anche quella più sfuggente e complessa della normale fragilità economica che interessava la maggioranza dei cittadini.

Ritornando all'ipotesi di una sostanziale continuità tra le pazzerie moderne e i manicomi ottocenteschi è evidente come quell'universo assistenziale

il carattere di ricovero per *pazzereLLi* grazie alla stesura di nuovi statuti dell'ordine che anticipano molte delle tematiche poi codificate dalle Regole Barberiniane del 1635 che definiranno una serie di caratteristiche del ricovero tendenti ad affermarne la specializzazione in ricovero per i folli poveri. È quindi già a cavallo tra il XVI e il XVII secolo che inizia un concreto lavoro di elaborazione sulle tematiche della follia volta a definirne i confini, l'identificabilità e le condizioni per il ricovero ma anche a stabilire le modalità dell'assistenza e un embrionale approccio curativo.

³²⁵ Il 4 ottobre del 1726 viene ordinato alla Congregazione dei PazzereLLi di trasferirsi a via della Lungara presso i locali dell'arciospedale di S. Spirito in Sassia a via della Lungara. Dopo due anni di lavori, dal 1726 al 1728, vengono finalmente trasferiti i pazzi nei nuovi locali edificati sul lungotevere nelle immediate adiacenze dell'arciospedale di cui il Santa Maria diventerà una dipendenza.

³²⁶ Carlo M. Cipolla, *Miasmi e umori*, il Mulino, Bologna 2004, p. 94.

indifferenziato che aveva improntato la nascita e lo sviluppo dello *ospedale* cinquecentesco fosse stato in buona parte trasferito nei locali di via della Lungara.

Una conferma di queste permanenze del passato all'interno dell'ospedale dei matti di Roma si ebbe con i tentativi di riorganizzare gli ospedali romani operati da Leone XII all'inizio del XIX secolo. All'interno di questo più ampio progetto venne incaricato di effettuare una visita apostolica presso il Santa Maria³²⁷ il marchese Urbano del Drago, il quale, già nel primo anno di lavoro, emanò un regolamento che intendeva imprimere un indirizzo più marcatamente ospedaliero all'ospedale dei matti. Il primo articolo di questo regolamento prevedeva che *“il medico primario dell'ospedale dei pazzi, oltre le due visite da farsi ogni giorno come si pratica in ogni altro stabilimento per gl'individui infermi attaccati da malattie diverse, dovrà quotidianamente visitare tutti gl'individui quivi ritenuti per alienazione di mente”*³²⁸. Al di là del fatto che ancora nel 1826 fosse un medico comune a far visita agli alienati, quello che risulta evidente da questo articolo è che oltre alle consuete due visite giornaliere *“per individui infermi attaccati da malattie diverse”*, come è in uso nei normali stabilimenti, solo alcune persone vanno visitate quotidianamente perché ritenute sofferenti di un'alienazione di mente. Evidentemente, in quel primo quarto del XIX secolo, alcuni internati erano ufficialmente ritenuti folli ma altri no.

Questa esperienza riformista messa in moto da Leone XII si esaurì subito dopo la morte del pontefice, lasciando il campo, negli anni di Pio VIII e Gregorio XVI, a un immobilismo che significò la soppressione di ogni progetto di sviluppo inteso a medicalizzare il Santa Maria della Pietà.

Così, mentre rimaneva ancora un miraggio la presenza in istituto di un medico alienista, gli anni '30 e '40 dell'Ottocento videro anche il progressivo regredire della medicina generica, con la conseguente riduzione

³²⁷ Iniziata nel 1826 ed esauritasi nel 1829 con la morte di papa Sermattei.

³²⁸ ASR, C.A.O., n.7, p. 107-111, cit. in *L'ospedale...*, cit., Vol. I, p.60.

del Santa Maria al ruolo di mero reclusorio per individui accomunati più dalla povertà che dalla pazzia.

Nei fondamentali anni a cavallo tra il XVII e il XVIII secolo in cui prende avvio la medicalizzazione della follia³²⁹, prima in Francia e in Inghilterra e poi anche in Italia, il Santa Maria inizia a perdere terreno indugiando ancora a lungo su un modello assistenziale ormai superato. Tale arretratezza continuerà fino alla metà del XIX secolo³³⁰, quando comincerà una lenta risalita che durerà almeno fino alla provincializzazione dell'istituto avvenuta nei primi anni del Novecento.

Se le vicende relative alla medicalizzazione in senso psichiatrico dell'istituto romano raccontano una storia di arretratezza e di difficoltà, non da meno sono le vicende che riguardano l'assetto istituzionale. Il 1° dicembre del 1870, con regio decreto n. 6070, veniva estesa anche alla provincia di Roma la legge n. 753 del 3 agosto 1863 sulle opere pie in virtù della quale il manicomio pontificio passava sotto la dipendenza della neo costituita Congregazione di Carità di Roma, organo di controllo centralizzato della beneficenza pubblica. Ancora all'indomani dell'Unità il manicomio di Roma era ben lontano dall'essersi formalmente affrancato dalla promiscuità con il complesso mondo della carità pubblica. In realtà la posizione del Santa Maria si presentava assai diversa da quella delle normali opere pie caritative cittadine e l'ospedale dei matti rimase per lo più al di fuori delle complesse vicende giurisdizionali legate al controllo statale della beneficenza e della costruzione della carità legale che si trascinarono fino almeno allo scoppio della Grande Guerra³³¹. A differenza della maggioranza delle opere pie romane, il Santa Maria, pur mantenendosi come soggetto di

³²⁹ Cfr. Michel Foucault, *Storia della follia...*, cit.

³³⁰ Nel 1850 venne nominato direttore Giovanni Gualandi, il primo medico alienista a occupare tale carica nell'istituto romano. Successivamente, nel 1861, venne nominato Benedetto Viale Prelà, un medico generico, che però mantenne nell'istituto lo staff di medici alienisti della precedente direzione. Con l'arrivo dell'amministrazione sabauda l'istituto tornò sotto la direzione di un medico alienista, nella persona dell'ex vicedirettore Giuseppe Girolami, ma dovettero passare ancora venti anni perché alla direzione venisse nominato un alienista di rilievo nazionale nella persona di Clodomiro Bonfigli.

³³¹ Cfr. Ermanno Taviani, *Il regime anarchico nel bene. La beneficenza romana tra conservazione e riforma*, Franco Angeli, Milano 2000.

diritto privato, era di fatto sotto il totale controllo dell'amministrazione pubblica insieme ad altri istituti d'importanza strategica come il Pio Istituto di Santo Spirito e il Brefotrofo romano.

Questa particolarità era dovuta al suo inserimento nel novero dell'assistenza ospedaliera che, insieme all'istruzione e all'assistenza all'infanzia, era stata inserita dalla classe dirigente post unitaria nel novero dei settori assistenziali strategici da sottoporre immediatamente sotto il controllo diretto dello Stato. Il definitivo compimento di questo processo di emancipazione si ebbe solamente nel 1907, quando venne finalmente ratificato il passaggio dell'amministrazione del manicomio alla provincia di Roma³³². In quegli stessi anni venne anche dato avvio alla costruzione dell'ospedale psichiatrico di Monte Mario dove, per la prima volta, il Santa Maria della Pietà sarebbe finalmente stato un ospedale pienamente autonomo e dotato di uno spazio costruito interamente per le proprie esigenze³³³.

Sebbene l'unità di luogo non riesca a coprire l'intero arco dei quattro secoli e mezzo che separano gli esordi in via dei Funari dal nuovo manicomio provinciale di S. Onofrio, l'unità e la continuità fra l'asilo per pellegrini e l'ospedale psichiatrico del primo dopoguerra non è in dubbio se ci si rivolge allo spazio istituzionale occupato. Dalle prime carte cinquecentesche a quelle degli anni '80 del Novecento è la successione ininterrotta delle serie archivistiche a dare il segno di questa continuità secolare.

Proprio questa stabilità è significativa di come, attraverso l'analisi della storia istituzionale del Santa Maria della Pietà, si possa evidenziare un *imprinting* originario che ancora nel primo dopoguerra influisce sulla vita

³³² Operazione poi completata nel 1919 con l'acquisizione da parte della provincia anche del patrimonio dell'istituto.

³³³ Nonostante fin dal 1893 l'amministrazione provinciale avesse fra i propri compiti istituzionali la costruzione di un nuovo manicomio, la realizzazione del nuovo ospedale psichiatrico provinciale di S. Onofrio in Campagna presso Monte Mario iniziò solamente nel 1909. Il 31 maggio del 1914 venne finalmente inaugurato il nuovo ospedale, che aveva iniziato a funzionare già dal luglio precedente sotto la direzione di Augusto Giannelli e per undici anni, fino 1924, furono attivi sia l'istituto di via della Lungara, chiamato Santa Maria e diretto da Giovanni Mingazzini, che quello di Monte Mario, il nuovo ospedale diretto da Augusto Giannelli. Infine, nel giugno del 1926, due anni dopo la chiusura dell'istituto di Trastevere, il nuovo ospedale assunse la piena continuità istituzionale con il precedente e prese la denominazione di "Ospedale Provinciale Santa Maria della Pietà".

del manicomio. Quando l'ospedale per pazzzerelli era stato trasferito nelle anguste sale di via della Lungara si era portato dietro gran parte dell'armamentario caritativo-assistenziale che aveva contraddistinto l'età moderna. Così, al momento del fondamentale passaggio dal XVIII al XIX secolo, la continuità istituzionale e di luogo aveva facilitato il trasferimento di queste tradizioni nel cuore di un XIX secolo che la curia non riusciva a riformare. L'11 aprile del 1847, in un periodo di crisi economica, *“si radunarono fra i Santi Apostoli e piazza Colonna alcune centinaia di uomini, molti dei quali appartenenti alla speciale categoria dei lavoratori della beneficenza: manovali che per un soldo giornaliero di quindici bajocchi [...] fanno le viste di smuovere terreno e pulire le vie e in sostanza nulla lavorano; ritratti di accidia e di ozio [...] poteva essere l'inizio di un tumulto e forse lo sarebbe stato, se la guardia civica non fosse subito intervenuta”*³³⁴. Questa era la beneficenza romana che ancora funzionava a pieno regime alla metà del secolo, un complesso sistema in cui carità e diritto si muovevano in spazi in cui non sempre era facile distinguere fra concessioni e pretese.

Anche il nuovo potere sabaudo dovette scendere a compromessi con quel complesso intreccio tra necessità degli assistiti, controllo e clientelismo che era la beneficenza romana. La modernizzazione del sistema di protezioni sociali avviato dalle amministrazioni sabaude, soprattutto con i governi di Crispi e Giolitti, rappresentò un periodo in cui le spinte riformatrici convissero, integrandosi, con le vecchie tradizioni. Fino alla Grande Guerra, il sistema delle Opere Pie e dell'interventismo privato continuò a essere una risposta alle numerose lacune del sistema assistenziale savoiaro, mantenendo intatto un sistema di rapporti fra utenza e istituti assistenziali che era ancora fatto di continue contrattazioni, innumerevoli eccezioni e perenni aggiustamenti fra le insufficienze dello Stato di diritto e le insopprimibili necessità del mondo reale.

³³⁴ Stefano Tomassini, *Storia avventurosa della rivoluzione romana*, Il Saggiatore, Milano 2008, p. 98.

Ovviamente l'esistenza di una sequenzialità tra lo *spedale* dell'età moderna e il manicomio otto-novecentesco non è di per sé condizione sufficiente perché si possa parlare di una permanenza secolare delle funzioni assistenziali svolte dal manicomio del primo Novecento. Altri e importanti fattori contribuirono infatti al mantenimento di questo onere assistenziale, ma nessuno è stato così determinante come la continuità dello spazio istituzionale occupato e, in particolare, come il fatto di averlo occupato attraverso il sistema dell'istituzione totale. Il punto fondamentale di questo assunto poggia sulla considerazione di come il posizionamento dell'istituto per pazzere all'interno di uno spazio assistenziale e le possibilità operative derivategli dalla disponibilità di mezzi rappresentavano due ostacoli formidabili a qualsiasi riforma radicale. Oltretutto questi caratteri si alimentavano a vicenda: da un lato l'istituto perpetuava sé stesso nelle forme organizzative e relazionali che meglio conosceva, dall'altro le aspettative e le consuetudini dell'utenza rappresentavano una forza coercitiva al mantenimento di tutto un mondo di doveri assistenziali che non era possibile disattendere.

All'indomani della breccia di Porta Pia questo mondo di aspettative, cui non erano state offerte valide alternative, rappresentava ancora un "*massa critica*"³³⁵ talmente imponente che era in grado sia di autoalimentarsi che di etichettare il manicomio. Così la forza del numero non solamente creava un diritto di fatto all'assistenza che non era possibile spezzare, ma riusciva anche a imporre all'istituzione uno spazio operativo in cui doveva agire.

Nel corso dei secoli la forza di questa massa critica aveva conosciuto fortune alterne e diversi modelli relazionali con l'istituzione, ma la presenza

³³⁵ In modo generico si potrebbe definire il concetto di *massa critica* come la capacità del numero di influire sulla qualità delle cose. In questo caso ci si riferisce al modo in cui il comportamento delle persone dipende da quanti agiscono in una certa maniera, quindi al procedimento per cui una massa di persone che intendono il manicomio in un determinato modo riesce a condizionare il manicomio stesso imponendogli di seguire, almeno in parte, il comportamento impostogli dalla massa critica. È una forma di condizionamento che ricorda quello dell'etichettamento e che riguarda anch'esso un processo di costruzione dell'identità che finisce per autosostentarsi (cfr. Thomas C. Schelling, *Micromotivazioni della vita quotidiana*, Bompiani, Milano 2006).

di uno sbocco istituzionale incentrato su una precisa offerta di servizi, riassumibili nella facoltà di ricovero e mantenimento, imprigionava l'istituzione totale nel cuore di una ragnatela di rapporti repressivi, clientelari e assistenziali che potevano essere modificati solo intervenendo radicalmente su una scala più ampia del semplice manicomio³³⁶.

È in questo quadro che si può comprendere realmente il ruolo del manicomio nella società italiana del ventennio fascista, ovvero quello di una istituzione ancora invischiata nelle paludi dell'assistenza pre-welfare e quasi per nulla proiettata verso quell'universo terapeutico che inizia ad affermarsi nel secondo dopoguerra³³⁷. Incastonando, quindi, il manicomio italiano del primo Novecento fra un passato ancora vivo e presente e un futuro appena intravisto lo si riporta a quella dimensione di istituto di assistenza sociale che ne connotava il carattere almeno quanto quella di istituto di cura per la follia e di agenzia del controllo sociale.

D'altronde il funzionamento in chiave assistenziale del manicomio rispondeva a una politica di assistenza pre-welfare che, iniziata già in età moderna, non era ancora stata superata dalla costituzione di un vero e proprio *welfare state* o di un analogo modello di assistenza sociale che fosse efficiente, capillare e fondato sul diritto. Ancora per tutta la prima metà del Novecento la mancanza di uno Stato assistenziale compiuto mantiene sostanzialmente intatto il sistema di *welfare responsibilities*³³⁸, con tutto

³³⁶ Non è un caso che la radicale riforma anti-istituzionale culminata con la legge 180 del 1978, la famosa 'legge Basaglia', avvenne anche grazie ad altri importanti mutamenti avvenuti al di fuori e al di sopra del manicomio stesso. Per cui se da un lato le riforme manicomiali puntavano, finalmente, verso i territori realmente nuovi della non istituzionalizzazione e del primato del diritto individuale del paziente, la loro realizzazione era stata resa possibile dall'esistenza di un nuovo e più efficiente modello di *welfare state*, di un nuovo Stato democratico e di una nuova sensibilità per i temi della libertà e diritto individuale.

³³⁷ La rivoluzione farmacologica iniziata negli anni '50 del Novecento permetteva nuovi orizzonti terapeutici in quanto questi nuovi farmaci avevano il potere di restituire il paziente a sé stesso e, quindi, di restituirlo al dialogo con il medico. Queste conquiste e un desiderio socialmente sempre più condiviso di democratizzazione e umanizzazione, mirabilmente sintetizzato nel paragone critico fra lager e manicomi, furono la base di partenza sulla quale si costruirono le esperienze di rinnovamento dell'assistenza ai folli in Italia.

³³⁸ Cfr. Angela Groppi, *I conservatori...*, cit..

quel gioco di modalità multiple e percorsi trasversali che lo rendevano possibile e che mantenevano il manicomio con un piede ancora ben piantato nel mondo dell'assistenza sociale indifferenziata.

Disoccupati, figli in eccesso, anziani improduttivi e molti altri dei personaggi che compongono il mosaico dell'assistenzialismo manicomiale novecentesco sono già comparsi in questo lavoro. Come si è visto, solo per alcuni di essi esisteva un chiaro legame con la follia; per molti altri il rapporto con il manicomio rappresentava una questione legata esclusivamente all'indigenza. È in questa corte dei miracoli fatta di ciechi, sordi, vecchi e storpi che è possibile rinvenire la cruda realtà di una continuità assistenziale che si protrae almeno fino all'inizio dell'età repubblicana.

Anche le modalità con cui la domanda assistenziale veniva soddisfatta rimandano a una chiara continuità con le pratiche ereditate fin dalla prima età moderna: lunghe reclusioni per la povertà strutturale, assistenza temporanea e modulazione dell'intervento per quella congiunturale.

Ma gli anni passano e nulla si mantiene immutato, così la continuità non esclude, ovviamente, anche la presenza di novità e mutamenti. Ciò che maggiormente aveva imposto cambiamenti sostanziali e formali nel rapporto con le richieste assistenziali era stata la medicalizzazione dello spazio istituzionale rivolto alla follia. Non si tratta di modifiche in grado di cambiare radicalmente gli aspetti del manicomio, che era e restava una istituzione totale, quanto piuttosto dell'esigenza di dare almeno una parvenza medico-psichiatrica al rapporto con l'utenza. Per questo motivo l'invio in manicomio deve sottostare, anche se non sempre, a una configurazione medica delle motivazioni del ricovero che spesso si risolve in un'eccessiva stigmatizzazione di comportamenti solo lievemente anormali. Questa tendenza a etichettare come folli comportamenti che nulla avevano a che spartire con il disagio mentale, quando non a inventarne di sana pianta, era conosciuta e praticata, come si è visto, anche dall'utenza stessa.

Ma non da meno erano le altre istituzioni assistenziali. Una parte non indifferente di ricoverati consiste in individui strutturalmente fragili che vengono inviati in manicomio da istituti di ricovero di ogni tipo e genere; sembra quasi che queste altre agenzie dell'assistenzialismo fossero ben coscienti di come, alla prima stranezza, si potesse sgravare il bilancio istituzionale riconvertendo la dinamica assistenziale in termini di follia. Ma questo genere di follia era spesso un rivestimento troppo sottile perché riuscisse a mascherare una realtà ben diversa: così dalle carte manicomiali traspare tutto un mondo di pazienti per i quali le motivazioni mediche sono una crosta friabile che cede al primo tocco. A testimonianza di questo atteggiamento ci sono la storia tragica e inspiegabile dei bambini che già a due o tre anni venivano affidati alle cure del manicomio o quella dei numerosissimi anziani che vengono mandati a morire nelle stanze del Santa Maria.

In questo quadro la domanda sul manicomio del primo dopoguerra non riguarda tanto quali fossero i personaggi protagonisti di questa storia, ormai visti all'opera in più occasioni, ma piuttosto chiedersi perché, fra le varie opzioni assistenziali, si scegliesse proprio quella manicomiale.

Parte della risposta a questa domanda è contenuta nelle tesi finora esposte secondo cui il secolo e mezzo che va da Pinel ai farmaci neurolettici consisterebbe in una lunga fase di transizione fra un'eredità assistenziale ancora ampiamente praticata e un futuro medico malamente immaginato. Ma la risposta può completarsi solo tramite uno sguardo ravvicinato con l'istituto manicomiale e, in particolare, con il manicomio provinciale romano del primo dopoguerra.

A Roma gli arcaismi scientifici e amministrativi *ancien régime* sopravvissero più a lungo che altrove, rendendo più forte e stridente la presenza di numerosi anacronismi nel modo di relazionarsi alla follia e al manicomio. Al contempo, nonostante ai contemporanei la cosa sembrasse uno spunto di avanguardia, l'Italia e la città di Roma rifiutarono decisamente di aprirsi alle possibilità terapeutiche offerte dalla psicologia e

dalla psicoanalisi freudiana preferendo chiudersi in un vagheggiato progresso istopatologico che ben poco poteva offrire per sconfiggere il nichilismo terapeutico.

L'aspetto relativo al tipo e alla qualità delle cure offerte nei manicomi non è secondario per comprendere quanto fosse lontana dalla realtà la trasformazione dei manicomi in centri specializzati per cure psichiatriche. Oltre il già citato problema dell'affollamento, con una *ratio* fra medici e pazienti da sempre ben oltre il limite massimo delle possibilità terapeutiche, era la natura stessa degli interventi terapeutici a renderli quasi inattuabili prima ancora che inefficaci. Un ciclo di idroterapia necessitava di adeguati locali da bagno dove alternare immersioni calde, fin quasi a 40°, con applicazioni di ghiaccio per una durata di tempo che poteva arrivare anche alle 24 ore continuative. Anche la più 'moderna' insulinoterapia, che comportava ripetuti cicli tra iniezione e crisi, impegnava parecchio tempo e parecchio personale, tra fase terapeutica e interventi volti a evitare che il fisico del paziente cedesse allo stress traumatico. Anche al netto delle conseguenze sulla salute psicofisica dei pazienti, questo tipo d'interventi aveva comunque il doppio svantaggio di essere particolarmente oneroso al livello di prestazioni e ben poco efficace dal punto di vista terapeutico. Con troppi pazienti e cure troppo complicate e improduttive, non c'è da stupirsi che i medici manicomiali cadessero in una sorta di resa incondizionata.

Solo verso la fine degli anni '30, con l'elettroshock di Cerletti, il rapporto fra costi e benefici cominciò a sembrare abbastanza produttivo da risvegliare l'orgoglio medico e nazionale: pochi addetti, in modo semplice, pulito, rapido, autarchico e, si credeva, innocuo erano in grado di provocare uno shock capace di resettare i centri nevralgici di un demente. Ma per l'elettroshock, al di là della sua accettabilità o meno, toccherà attendere fino al 1938, nel mentre tutte queste difficoltà terapeutiche non facevano che rafforzare la consuetudine di accostarsi all'internamento manicomiale come a un qualcosa di più affine alle pratiche tradizionali fatte di lacci e legacci che al mondo delle cure ospedaliere: *“li dentro tutto si riduceva alle*

pratiche giudiziarie: trattenere l'infermo o affidarlo alla famiglia, interdirllo o non, legarlo come un salame o mandarlo alla colonia agricola"³³⁹.

Inoltre, come già accennato, una riforma della manicomialità che avesse la forza di mutare lo stato delle cose, quindi di spezzare il circolo vizioso fra domanda e offerta, era impossibile senza coinvolgere in modo più ampio l'intero corpo sociale e amministrativo del paese. Per quanto la retorica fascista facesse della costruzione di uno Stato sociale equo ed efficiente uno dei capisaldi del rapporto fra regime e nazione, nella realtà dei fatti la costruzione di un sistema di protezioni e garanzie restò largamente insufficiente.

In questo quadro le dotazioni di mezzi elargite al mondo manicomiale³⁴⁰, non opportunamente accompagnate da una riforma adeguata del sistema medico-assistenziale, finirono per sortire effetto inverso rispetto a quello di una trasformazione dei manicomi in moderni centri di cura psichiatrica. Permanendo la soluzione asilare la risposta quasi esclusiva alla follia³⁴¹ e non trovandosi granché vie di fuga alla domanda di assistenza, era inevitabile che l'accresciuta capacità di ricovero dei manicomi si traducesse in un aumento del ricovero indiscriminato a scapito di quello più eminentemente psichiatrico. Ciò non faceva che diminuire le già scarse possibilità che il manicomio riuscisse a configurarsi come un centro esclusivo per cure psichiatriche.

In una situazione di crisi sempre più profonda com'erano gli anni del fascismo, il manicomio si presentava come un'istituzione in grado di offrire ricovero e assistenza nonché dotata di ingenti mezzi e notevole capacità discrezionale.

³³⁹ E. Girone, *Io e i pazzi*, Meschina, Milano 1953, p. 157, cit. in Valeria P. Babini, *Liberi...*, cit., p. 79.

³⁴⁰ Cfr. capitolo I.

³⁴¹ Tra la metà degli anni '20 e i primi anni del decennio successivo sorgono i primi centri di assistenza neuropsichiatria extraospedaliera, poco o nulla però incidono sull'internamento nei manicomi che non smetterà di aumentare costantemente fino allo scoppio della guerra. Inoltre, questi presidi extraospedalieri operavano per lo più sull'aspetto profilattico e preventivo; solamente negli anni '60 si avranno anche in Italia le prime concrete riflessioni sull'assistenza extraospedaliera come elemento terapeutico.

Ma a determinare questa recrudescenza del modello assistenzialista non era solamente la possibilità di ottenere nel manicomio vitto e alloggio gratuiti: anche il profilo giuridico che era stato assegnato alla follia contribuiva enormemente al mantenimento di questa situazione. Con il Codice Rocco non era stato mutato uno dei problemi principali che minavano il rapporto fra manicomio e follia, ovvero l'esistenza di un'impalcatura giuridica che valutava l'importanza dei diritti col metro della sicurezza sociale prima che della libertà individuale. In questo modo i criteri di pericolosità e pubblico scandalo non avevano cambiato la loro funzione di grimaldello per scardinare le possibili opposizioni delle amministrazioni mediche a un internamento. Si è visto in questo lavoro come, attraverso la capacità di costruire un'identità pericolosa o scandalosa, gli internati e le reti sociali a loro collegate potessero influenzare le politiche manicomiali in tema di ricoveri e dimissioni; così facendo, stante l'obbligatorietà del ricovero in caso di pericolosità o pubblico scandalo, era estremamente difficile per il manicomio arginare la corsa al ricovero. Questi problemi del manicomio erano aggravate dal fatto di avere grandi difficoltà nel deviare il flusso di richieste verso altre istituzioni che avrebbero potuto rispondere alla richiesta di aiuto; era anzi proprio il manicomio a essere una risorsa su cui potevano fare affidamento le altre istituzioni quando intendevano sgravarsi di una voce di spesa³⁴².

Così, oltre all'arretratezza scientifica e a quella sociale, anche il permanere di un sistema giuridico 'punitivo' contribuiva a mantenere ancora nel Novecento tutto un mondo di 'matti' che poco o nulla aveva a che fare con la psichiatria.

Appare chiaro come all'indomani della pace di Versailles il doppio mandato di cui era investito il manicomio, quello medico e quello sociale, era ancora fortemente sbilanciato verso il secondo di questi due aspetti; inoltre,

³⁴² Uno dei casi più evidenti era quello dei criminali folli. Mancando una rete adeguata di manicomi criminali alcuni di questi individui venivano inviati in manicomio e qui trattenuti, per iniziativa della procura, anche dopo essere stati dichiarati guariti dal personale medico del manicomio.

nonostante la retorica assistenzialista, l'avvento del fascismo aveva mancato di risolvere questo squilibrio che, anzi, aveva forse finito per aggravare.

Dalla marcia su Roma in poi venne esaltata la preminenza della sicurezza dello Stato rispetto all'affermazione dei diritti dell'individuo. Per il manicomio questo significava una più netta affermazione dell'obbedienza gerarchica fra le diverse istituzioni dello Stato che porterà, come testimoniano le già citate differenze fra la direzione Giannelli e quella Mingazzini, a una minore capacità della direzione manicomiale di opporsi alle politiche segreganti impostegli dalle autorità amministrative e giudiziarie. Tale affermazione dell'autoritarismo gerarchico, che si rifletteva con un procedimento a cascata in un aumento del potere discrezionale del direttore all'interno delle mura manicomiali, aveva delle valide pezze d'appoggio anche nell'elaborazione legislativa del Codice Rocco, che aveva riaffermato la preminenza dei diritti sociali su quelli individuali e aveva legiferato un ulteriore decadimento sociale del malato di mente attraverso l'obbligo di iscrizione dei ricoveri nel casellario giudiziario di ogni internato.

Queste politiche repressive trovarono un corrispettivo nelle realizzazioni pratiche della pretesa svolta scientifica che voleva trasformare i manicomi in moderni ospedali psichiatrici. Durante il ventennio il bilancio complessivo dei fondi destinati all'assistenza manicomiale conobbe un incremento che non aveva pari nel resto del mondo ospedaliero; ma questo aumento dei fondi venne utilizzato quasi esclusivamente per un aumento delle capacità ricettive, risolvendosi così in un puro progresso quantitativo che nulla cambiava nel funzionamento del ricovero psichiatrico. All'aumento dei posti letto manicomiali e alla sua diffusione anche nel meridione e nelle regioni povere della costa adriatica non corrispondeva però un miglioramento delle disponibilità di ricovero negli ospedali comuni e nemmeno corrispose un corposo aumento delle capacità assistenziali extraospedaliere. Inoltre, il regime era profondamente ostile a qualsiasi seria innovazione scientifica che esulasse dal trattamento somatico, riservando i

suoi entusiasmi alle pratiche neocostituzionaliste funzionali alla biopolitica razzista che avrebbe trionfato a partire dall'affermazione delle velleità imperiali. Questo aspetto di chiusura a ogni innovazione d'indirizzo psicologista – condivisa tra l'altro sia dagli ambienti accademici che da quelli religiosi – poneva ancora una volta un serio ostacolo a qualsiasi strategia d'intervento che esulasse dal ricovero in manicomio. Ancora una volta è all'azione combinata del nichilismo terapeutico e delle politiche incentrate sulla sicurezza che tocca fare riferimento: se l'aspetto principale della follia era la protezione della società, e le cure inefficaci e dispendiose, allora non era possibile attuare alcuna seria politica di prevenzione o d'intervento extramanicomiale che prescindesse dal ricovero coatto. È evidente che le politiche fasciste in merito all'assistenza manicomiale respingevano ogni velleità di riforma tra le mura degli istituti manicomiali negli angusti confini di una sostanziale ortodossia organicista, impedendo qualsiasi tentativo di spezzare il circolo vizioso instauratosi fra offerta manicomiale e domanda assistenziale.

Fatta chiarezza sul posizionamento del manicomio negli anni '20 e '30 rispetto alle dinamiche del periodo precedente e di quello futuro, è finalmente possibile chiudere il cerchio e rispondere all'interrogativo sui motivi che spingevano l'utenza a rivolgersi al manicomio invece che ad altre istituzioni assistenziali. L'impressione che se ne ricava è che a premere sul manicomio fosse una spinta congiunta fra le pressioni esercitate dalla tradizione, l'incapacità del regime fascista di imporre un cambiamento di rotta e le mancanze di una disciplina terapeutica che si risolveva nel semplice controllo della segregazione istituzionale.

In questo modo il manicomio non solo mantenne il suo ruolo assistenziale, ma venne a configurarsi come uno sbocco naturale di una sempre più vasta gamma di esigenze. Che fosse la prima scelta o che si trattasse di una soluzione di ripiego dopo altri tentativi andati a vuoto, l'accesso alle enormi possibilità di ricovero che il manicomio poteva offrire facevano ovviamente gola a molti. Inoltre queste possibilità non dovevano sottostare a una

selezione per categorie che escludesse *a priori* alcuni utenti, anzi: sesso, età, stato civile e tante altre delle determinazioni che regolavano abitualmente l'accesso negli istituti di ricovero venivano invece accettate indistintamente in manicomio. L'unico vero discrimine era la presenza di una condizione di pericolosità e pubblico scandalo, ma si è visto come il profilo legislativo poco incline alla difesa delle libertà individuali avesse facilitato la possibilità di 'ricatto' da parte di un'utenza dotata di ampie possibilità manipolatorie. Anche il deterrente costituito dal rischio di un lungo internamento era agevolmente aggirabile attraverso l'assolvimento o meno dell'obbligo di assistenza domiciliare, come testimonia il via vai fra interno ed esterno dell'istituto che rimanda l'immagine di una struttura almeno parzialmente aperta e, di certo, ampiamente permeabile dalle pressioni sociali.

Così, tra continuità secolari e timide modernizzazioni in senso medico, la realtà del manicomio negli anni tra le due guerre è quella di un'istituzione che continua a non avere gli strumenti per fronteggiare un aumento dei ricoveri che le viene imposto dall'esterno. Tale aumento, ormai una costante ultrasecolare, era solo in parte dovuto al disagio mentale e alle strategie disciplinari; parecchio derivava anche alla necessità di assolvere a determinate funzioni di assistenza sociale. Non avendo gli strumenti scientifici per andare molto oltre una vaga promessa terapeutica, la psichiatria esercitata nei manicomi finirà per limitarsi alla gestione dell'istituto e a un continuo ed estenuante tentativo di medicalizzare un mondo di disagi che non sempre era di sua competenza.

Ma limitarsi ad osservare quale situazione il manicomio fosse costretto a subire, per incapacità propria e per imposizione esterna, fornisce un quadro incompleto e, forse, ingiusto di quanto veniva fatto dentro le mura del Santa Maria. La forza d'attrazione che questo ospedale riusciva a esercitare sulla domanda assistenziale era dovuta anche a un'offerta che sapeva andare oltre il tetto e il piatto di minestra.

Chiunque avesse avuto la possibilità di aggirarsi per gli ambienti del Santa Maria avrebbe sicuramente visto un gran numero di medici e infermieri nella tradizionale divisa bianca che compete alle istituzioni ospedaliere. Andando più a fondo nella visita non avrebbe mancato d'imbattersi in altre numerose testimonianze di questa appartenenza al mondo medico: farmacie, sale operatorie, laboratori e tutto un vasto mondo di funzioni tecniche e scenografiche ben note a chiunque fosse stato in ospedale. D'altronde, nonostante una specializzazione indubbiamente particolare, il Santa Maria era davvero un ospedale a tutti gli effetti.

Questo legame con il mondo ospedaliero era stato conquistato dagli alienisti italiani attraverso un lungo e aspro confronto con la diffidenza, l'ostilità e lo scherno che suscitavano le scienze dei matti. Ma la vittoria era stata pagata a carissimo prezzo e gli alienisti italiani del primo Novecento erano rimasti, come si suol dire, con il cerino in mano.

Carissimo era stato il prezzo pagato al potere politico, al quale gli psichiatri, in cambio del controllo sui manicomi e del riconoscimento della disciplina, avevano firmato in bianco una cambiale che si era rivelata salatissima. Nel tentativo di affermarsi, gli alienisti italiani avevano aderito alle politiche di controllo sociale messe in piedi dallo Stato sabaud³⁴³. Ciò aveva significato accettare la subordinazione degli aspetti medici dell'internamento a quelli sociali, cristallizzando così quella situazione di sovraffollamento endemico caratterizzata dalla quasi totale assenza di filtri alle richieste di ricovero.

D'altro canto, la disciplina psichiatrica che si andava formando nel XIX secolo doveva vincere l'ostilità e la diffidenza tanto del mondo scientifico che dell'opinione pubblica. Questa esigenza si tradusse in una scelta marcatamente biologista che cercava nelle prove fisiche e nella concretezza del linguaggio somatico quell'alone di scientificità di cui la nascente psichiatria aveva disperato bisogno. Anche in questo caso, il prezzo pagato dalla psichiatria fu salatissimo e si tradusse, all'inizio del Novecento, in una

³⁴³ Cfr. Romano Canosa, *op. cit.*, 1979, e Franco De Peri, *op. cit.*, 1984.

quasi totale incapacità terapeutica e in una completa dipendenza dalla neurologia per quasi tutto quel che riguardava l'elaborazione teorica.

Questa doppia spinta portò alla rapida eclissi di una tipologia d'intervento medico-psichiatrico che fosse applicabile alla maggior parte dei pazienti e che desse qualche valido risultato terapeutico. Ma se divenne ben presto chiaro che le promesse terapeutiche dell'ospedale psichiatrico non sarebbero state mantenute, non per questo l'istituto manicomiale mancò di imprimere un carattere ospedaliero alla propria identità. Da un lato si può certamente parlare di gran parte dell'armamentario medico del manicomio come di un processo di mimesi dei modi ospedalieri, che serviva a sostenere i fondamenti teorici di una scienza curativa che nella realtà dei fatti non riusciva a elevarsi molto al di sopra del binomio "*tempo e catene*"³⁴⁴ in uso ormai da secoli. Dall'altro è indubbio che tra le mura del manicomio provinciale di Roma viveva, all'ombra di quella stessa mimesi, una pratica medica reale e assai concreta.

Anche se la terapia psichiatrica era pressoché inesistente per gran parte dei ricoverati, all'interno del Santa Maria le strutture mediche operavano a pieno regime e con cognizione di causa: si preparavano e somministravano farmaci in gran quantità, si effettuavano analisi di laboratorio, si facevano diagnosi mediche su malattie comuni e, più in generale, si effettuavano numerose prestazioni di medicina generica. Tutte queste attività davano concretezza alle pretese ospedaliere. Così, quei camici bianchi non erano solo un 'modo ospedaliero' di trattare l'internamento manicomiale, ma anche il risultato della presenza di reali competenze mediche all'interno del manicomio.

Nelle sale del Santa Maria della Pietà venne sostanzialmente a ricrearsi lo stesso scollamento che esisteva fra costruzione teorica della scienza psichiatrica e pratica terapeutica del manicomio, generando una situazione per cui le diverse tipologie di medicina praticata all'interno dell'istituto

³⁴⁴ Cfr. Alberto De Bernardi *et al.*, *op. cit.*, 1980.

coesistevano senza trovare mai la coordinazione necessaria per trasformarsi in una vera terapia psichiatrica.

Dal punto di vista della medicina più strettamente legata ai matti il solco fra una pratica ancora basata sostanzialmente sul binomio tempo e catene, quale era la terapia per la maggior parte dei ricoverati, e la pretesa di poter effettivamente seguire la strada istopatologica era amplissimo. Era come se tra il laboratorio scientifico e i padiglioni la distanza fosse incolmabile: mentre venivano condotti importanti studi sulla nascente istopatologia del sistema nervoso³⁴⁵ poco o nulla di tutto ciò passava nella pratica manicomiale³⁴⁶. Ad esempio, negli stessi anni in cui Augusto Giannelli istituiva un centro di malarioterapia per l'applicazione dell'innovativa cura ideata da Wagner Von Jauregg³⁴⁷, venne progressivamente aumentato il numero di ricoverati nel nuovo istituto di Monte Mario facendolo crescere fino al 250% rispetto alle capacità ricettive originarie³⁴⁸. Così facendo le fragili capacità terapeutiche della psichiatria venivano per l'ennesima volta sbriciolate al cospetto della necessità di un ricovero di massa. Anche lo sviluppo del nuovo manicomio, progettato originariamente con la struttura 'a villaggio' ma subito riconvertito verso quella a padiglioni più adatta alla segregazione, confermava come ancora prevalessero le finalità segreganti rispetto a quelle terapeutiche.

³⁴⁵ Operativo e già famoso ai tempi di Giovanni Mingazzini, il laboratorio di anatomia patologica del manicomio di Roma divenne particolarmente rinomato con il trasferimento presso il nuovo istituto di Monte Mario grazie al lavoro di tre giovani psichiatri che avevano seguito corsi di perfezionamento presso la scuola di neurologia di Monaco diretta da Franz Nissl e Alois Alzheimer: Gaetano Perusini, Francesco Bonfiglio e Ugo Cerletti.

³⁴⁶ Il manicomio di Roma fu assai rapido nel recepire le innovative cure da shock che iniziarono a prendere piede a partire dalle prime sperimentazioni di Wagner Von Jauregg, ma l'applicazione di cure quali l'insulinoterapia, la cardiazolterapia e la malarioterapia era troppo complessa e dispendiosa e il personale troppo scarso rispetto al numero di pazienti perché questo genere di terapie possa essere considerato una prassi comune alla maggioranza dei pazienti.

³⁴⁷ Per la scoperta della terapia malarica, che permise un miglioramento sensibile nella cura delle infezioni luetiche, Julius Wagner Von Jauregg (1857-1940) nel 1927 venne insignito del premio Nobel.

³⁴⁸ Sotto la direzione Giannelli il nuovo ospedale psichiatrico di Roma, costruito originariamente per mille posti letto, arrivò a una capacità ricettiva di 2600 posti già nel 1936.

Questo scollamento fra costruzione teorica e pratica manicomiale si rifletteva fedelmente nelle richieste medico-psichiatriche che le famiglie dei ricoverati rivolgevano all'istituto. La maggior parte delle pretese che l'utenza aveva nei confronti del trattamento manicomiale riguardavano infatti le condizioni di vita, mentre quelle relative all'aspetto terapeutico di una degenza erano molto più rare e, quando presenti, assai grossolane. D'altronde, le notevoli capacità di apprendimento nei confronti del sapere medico-psichiatrico di cui dava continuamente dimostrazione l'utenza manicomiale si risolvevano principalmente in un'acculturazione nei confronti delle notizie più utili, che non erano certamente quelle relative alla terapia quanto piuttosto quelle relative al movimento di entrata e uscita dal manicomio. Per quanto riguarda i modi della terapia, invece, le richieste mediche fatte dall'utenza confermano l'esistenza di una spaccatura fra il mondo manicomiale quale realmente era e il profilo scientifico di una biopsichiatria di nobile lignaggio ma di impossibile applicazione pratica. Non sorprende, quindi, che la maggior parte delle richieste mediche consista in generiche domande "*di migliorare l'intelligenza tramite qualche cura*"³⁴⁹ o di altri interventi, sempre indefiniti, che si sperava potessero normalizzare un individuo. Quando le richieste si fanno più attinenti alla competenza medica queste per lo più oscillano tra la necessità di ottenere certificazioni mediche utili per questioni amministrative, come i certificati di ereditarietà non patologica usati nello scambio di garanzie prematrimoniali, o richieste d'improbabili interventi neurochirurgici che possano far "*ritornare uomo*"³⁵⁰ o "*rendere normale*"³⁵¹ persone indebolite o ritardate. Accanto all'impossibilità di una seria terapia psichiatrica esisteva però anche un mondo di prestazioni mediche che oscillavano fra la medicina generica e l'erogazione di prestazioni ancillari a quelle psichiatriche. D'altronde, si è visto, il manicomio era un ospedale a tutti gli effetti e la vita in istituto era scandita e gestita anche con le forme del mondo ospedaliero.

³⁴⁹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Biagio D., 1937.

³⁵⁰ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Antonio B., 1937.

³⁵¹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Angelo M., 1923.

Se per alcuni versi la capacità del manicomio di fornire assistenza medica generica era un'ulteriore e allettante offerta per quella domanda assistenziale che premeva al fine di ottenere un ricovero, bisogna anche considerare come queste capacità 'mediche' del manicomio avevano dato vita a tutto un settore di ricoveri a metà strada fra l'assistenza ospedaliera comune e quella specifica per malati di mente.

Esisteva, infatti, tutta una gamma di patologie, devianze e squilibri che per nulla, o solo in parte, riguardava l'aspetto mentale della malattia ma che veniva comunque ricondotta al ricovero manicomiale. Ciò accadeva perché, in mancanza di valide alternative, era proprio negli istituti psichiatrici che si poteva trovare al contempo capacità medica, abitudine alla contenzione e possibilità di assistenza professionale continua.

A darci la misura di questo particolare funzionamento dei manicomi sono soprattutto le vicende legate alle numerosissime persone anziane che morivano in manicomio per malattie tipiche del decadimento senile. Molti di questi individui venivano internati per motivi collegati a probabili disagi psichici o, come si è visto, a problemi assistenziali derivanti dall'incapacità di provvedere a sé stessi. Per questi pazienti la morte in manicomio rappresentava il tragico epilogo di una carriera manicomiale iniziata al di là e a prescindere dalle specifiche complicazioni che ne avevano causato la morte, complicazioni che di solito entravano nella loro fase acuta molto dopo il momento del ricovero. Per molti altri, però, il fatto di morire in manicomio non aveva altre motivazioni se non quelle specificamente legate al decadimento senile, anzi, era proprio il precipitare degli eventi a condurli nei padiglioni del Santa Maria. Non dovevano essere pochi se anche solo scorrendo il libro degli ingressi relativo al ventennio fascista è impossibile non notare il gran numero di persone anziane che in capo a pochi giorni, talvolta poche ore, trovavano la morte per malattie da deperimento come il "*marasma*" o la "*cachessia*".

Pasquale P. ha 68 anni quando viene internato nel Santa Maria, ha sempre fatto l'operaio ma da tempo ormai non è più in grado di provvedere a sé

stesso. Secondo la “*modula informativa*” che lo accompagna è “*probabilmente affetto da pellagra e delirio di persecuzione*” e, a detta dei parenti, “*vaga per la campagna senza meta*”³⁵². Le informazioni a suo riguardo sono stringatissime, occupano pochissimo spazio sia nella cartella clinica che nei documenti allegati, eppure qualcosa non quadra. Quelle accuse di vagabondaggio sembrano costruite appositamente, un *passepapout* per ottenere l’internamento; in manicomio, infatti, Pasquale risulta pressoché impotente e quasi incapace di alzarsi dal letto: piange, si lamenta, perde feci e urine. Tra le scarsissime informazioni riportate nella cartella clinica si trova però un indizio importante che riconduce a un quadro molto più coerente fra i motivi dell’invio in manicomio e i comportamenti descritti dai sanitari del Santa Maria: “*la famiglia non è più in grado di provvedere*”³⁵³. Dopo nemmeno un mese dall’internamento Pasquale muore per marasma senile.

Non dissimile è la storia di Giovanni G., livornese di 73 anni, morto dopo soli otto giorni di degenza anche lui per marasma senile. Secondo la cartella clinica, anch’essa assai scarna, “*appare debole e fortemente denutrito*”³⁵⁴, però “*chi è venuto a trovarlo racconta che in casa era smanioso, andava in giro, udiva voci che lo chiamavano e domandava un coltello per suicidarsi*”³⁵⁵. Manie suicide, vagabondaggio e allucinazioni uditive, tutto un campionario ben noto di segni di alienazione che però sono in contrasto con i comportamenti riscontrati dai medici. Anche nel suo caso molto più coerenti sono gli indizi non medici: “*sua figlia dice che non lo può tenere in casa perché è troppo occupata*”³⁵⁶.

Sei giorni dopo la morte di Giovanni, nella camera mortuaria del Santa Maria ci finisce Emilio A.. Aveva 63 anni, era povero e anche lui era sopravvissuto solo otto giorni prima di cedere al marasma senile.

³⁵² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Pasquale P. 1925.

³⁵³ Ivi.

³⁵⁴ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giovanni G. 1937.

³⁵⁵ Ivi.

³⁵⁶ Ivi.

Ma non erano solamente le famiglie in difficoltà a inviare persone anziane e bisognose di assistenza in manicomio. Giuseppe R. ha 85 quando, dopo soli sedici giorni di degenza, muore in manicomio per una paralisi cardiaca. Al Santa Maria è “*arriva[to] febbricitante in lettiga*”³⁵⁷, fin dal suo ingresso ha una forte tosse, è disorientato e non ricorda nulla, ma è calmo e tranquillo. Proviene dal Policlinico Umberto I ma prima stava all’ospizio di S. Michele, a Trastevere, dove non poteva più essere convenientemente accudito perché era diventato sudicio e faceva i bisogni a letto.

“*Privo della vista da un occhio e guercio dall’altro*”³⁵⁸, Valeriano F., 77 anni, era da tempo degente all’ospedale Policlinico quando viene inviato al Santa Maria in condizioni di grave deperimento. Anche lui, come Giuseppe R., era in fin di vita quando un’altra istituzione assistenziale l’aveva inviato in manicomio dove avrebbe resistito soli 17 giorni prima di cedere al marasma senile.

Inutile continuare oltre in un elenco di casi analoghi che risulterebbe lunghissimo e si differenzerebbe solamente per dettagli e particolari per lo più minimi. Sebbene l’interpretazione dei singoli casi lasci sempre spazio all’arbitrio e alla possibilità di errore, soprattutto per queste tipologie di pazienti quasi completamente ‘dimenticate’ dalle cartelle cliniche, nelle lunghe sequenze di anziani mandati a morire in manicomio si riscontrano alcune costanti che reputo parlino chiaro sulla funzione del manicomio nei confronti della maggior parte di questi individui.

Prima di tutto occorre tralasciare l’interesse per il disagio mentale in quanto sostanzialmente ininfluenza. Indubbiamente lo stato di estremo deperimento generato dal marasma senile e dalla cachessia causano un pronunciato indebolimento mentale e una riduzione tanto delle capacità di ragionamento che delle facoltà mnemoniche. Nonostante ciò, però, il motivo per cui queste persone venivano internate era legato al disagio mentale solo in maniera formale, mentre in realtà si trattava, e con tutta evidenza, di una

³⁵⁷ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giuseppe R. 1937.

³⁵⁸ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Valeriano F. 1927.

richiesta di assistenza medica a individui prossimi a compiere l'ultimo viaggio. Come per gli abitanti della fortezza Bastiani, anche per questi anziani quel che sembra accomunarli tutti è un'identica espressione di stanchezza definitiva³⁵⁹.

In questo quadro il manicomio sembra configurarsi come una sorta di cimitero degli elefanti in cui istituzioni e famiglie potevano sgravarsi di un onere assistenziale che non volevano o non sapevano affrontare. Ma ciò che faceva del manicomio il palcoscenico dove questi individui avrebbero recitato il loro ultimo atto non era solamente da ricondursi alle possibilità assistenziali, era anche il frutto delle combinate capacità dell'istituto manicomiale di fronteggiare contemporaneamente, e professionalmente, una serie di operazioni distinte: innanzitutto, grazie al suo profilo ospedaliero, il manicomio era capace di assolvere convenientemente l'aspetto medico dell'assistenza agli anziani; poi, non da meno, c'era la consuetudine del manicomio di trattare con individui sudici, vincolati al letto e non autosufficienti; infine, c'era la ben nota abitudine del manicomio a trattare con individui bisognosi di assistenza e sorveglianza continua. A questo punto non risulta difficile comprendere perché il Santa Maria fosse individuato da molti come un'istituzione sanitaria perfettamente in grado di accompagnare le persone anziane in quella che probabilmente sarebbe stata la loro ultima fatica.

Ancor più vincolato alle funzioni mediche era il rapporto che il manicomio aveva con la prima diffusione di tossicodipendenze da oppiacei. Per gli eroinomani e i morfinomani, a differenza di molti dei loro 'colleghi' internati in manicomio, il rapporto con l'istituzione era improntato quasi esclusivamente sulla prestazione di specifici e ben riconoscibili interventi terapeutici.

Tralasciando gli aspetti generali del fenomeno delle tossicodipendenze e concentrandosi sulla pratica manicomiale relativa alle dipendenze da

³⁵⁹ Cfr. Dino Buzzati, *Il deserto dei Tartari*, Mondadori, Milano 1995.

morfina ed eroina si riscontra una funzione prettamente ospedaliera del manicomio.

Gianna B.F., 39 anni, donna di casa e nubile, venne ricoverata in manicomio per “*eroïnismo*” nell’inverno del 1936. Secondo le annotazioni del personale sanitario era “*venuta qui di sua volontà per divezzarsi dal vizio*”³⁶⁰. Come nella maggior parte dei tossicodipendenti internati in manicomio la sua dipendenza era dovuta a contatti con il mondo medico: “*inizìò con 15 gocce di farmaco a scopo medico (era al Forlanini) ma trovò modo di iniettarsela (la morfina) trovandola più efficace*”, infine, “*divenuta schiava*”³⁶¹, si recò al S. Giovanni per farsi disintossicare e di lì venne inviata prima alla clinica neuropsichiatria del Policlinico e poi in manicomio. Nel gennaio dell’anno successivo, dopo meno di due mesi di ricovero, “*ormai divezzata*” venne dimessa guarita.

Anche Carlo D.F., internato nella primavera del 1925 perché affetto da “*morfinismo*”, era diventato tossicomane dopo aver avuto rapporti col mondo ospedaliero: “*morfinista dal 1916 [...] abitudine contratta negli ospedali militari dove era degente per ferita da guerra*”³⁶². E anche lui, come Gianna e molti altri, dopo poco più di un mese di disintossicazione in manicomio viene dimesso guarito.

Ma in cosa consisteva questo “*divezzamento*” che in capo a circa un mese permetteva la dimissione per guarigione? Eccone il resoconto di un paziente ricoverato e poi dimesso guarito nell’arco di un mese nell’estate del 1923.

Ammesso a metà luglio, Ferdinando S. viene internato per una lieve intossicazione da morfina. Come nei casi finora mostrati anche per lui la dipendenza è da ricondursi a un ciclo di cure mediche: tornato dalla Grande Guerra con una tubercolosi polmonare era finito ricoverato nel tubercolosario di Porta Furba, a Roma, dove cominciò a fare uso di morfina per alleviare i dolori e mantenne l’abitudine anche dopo il trasferimento al tubercolosario di Cagliari. Deciso a disintossicarsi ma “*non sentendosi la*

³⁶⁰ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Gianna B.F. 1937.

³⁶¹ Ivi.

³⁶² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Carlo D.F. 1925.

forza di lasciare la morfina [...] egli stesso ha chiesto di essere ricoverato in manicomio”³⁶³.

Internato al Santa Maria della Pietà venne sottoposto a una “*disintossicazione graduale ma rapida*” che prevedeva la sospensione immediata della morfina e un periodo di graduale disintossicazione con il supporto di bromuro, veronal e iniezioni di olio canforato. Infine, dopo ventidue giorni totali di disintossicazione, quando ormai “*non chiede più nemmeno le iniezioni di olio canforato*”³⁶⁴, venne dimesso guarito.

I dati principali relativi all’internamento dei casi portati ad esempio sono grosso modo gli stessi per tutti i tossicomani: l’insorgenza della dipendenza in seguito a contatti con il mondo medico, l’esistenza di un trattamento manicomiale rapido ed efficace e, infine, la mancanza di un particolare discredito sociale da parte del manicomio. Inoltre questi meccanismi erano pienamente conosciuti da un’utenza che sa di doversi rivolgere al manicomio e, altrettanto bene, sa che questo si limiterà a un rapido “*divezzamento*” dalla dipendenza.

Ai fini delle considerazioni sull’uso ospedaliero del manicomio romano risulta evidente come ci fosse un rapporto diretto, e anche condiviso con l’utenza, fra malattia e terapia. Alla chiarezza con cui veniva identificata la tossicomania come una questione manicomiale faceva, però, riscontro un trattamento che era esclusivamente di tipo ospedaliero. Di quanto veniva fatto in manicomio per disintossicare un paziente praticamente nulla aveva a che fare con qualcosa che non fosse l’applicazione meccanica di un processo di disintossicazione fisica; di fatto mancava completamente un qualsiasi approccio specialistico che avrebbe impedito a quella stessa cura di essere praticata in una qualsiasi istituzione medica che avesse possibilità di ricovero e sorveglianza.

Anche in questo caso non erano tanto le conoscenze specifiche del manicomio a funzionare come polo d’attrazione per questa determinata

³⁶³ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Ferdinando S. 1925.

³⁶⁴ Ivi.

categoria di ricoverati, quanto piuttosto la capacità di assolvere contemporaneamente a diversi determinati compiti. Come per gli anziani che venivano a morire in manicomio, quel che il Santa Maria poteva offrire ai tossicodipendenti consisteva in un mondo fatto di capacità e competenze che erano manicomiali ma non psichiatriche. Quindi capacità ospedaliere generiche, come gestire e somministrare farmaci, possibilità di ricovero e assistenza continuata e, infine, attitudine al controllo e al contenimento delle possibili escandescenze dei propri pazienti.

In conclusione, si potrebbe considerare questo ruolo ospedaliero del manicomio come un aspetto particolare di quella più ampia capacità di attrazione che esercitava in virtù della sua duttilità. Come si è visto a proposito delle funzioni di assistenza sociale, il manicomio aveva grandi capacità di ricovero, non faceva discriminazioni per i requisiti d'ingresso ed era ampiamente perforabile da parte dell'utenza; con queste premesse non era possibile che le sue qualità 'mediche' non dessero vita a una specie di 'sottosettore' del ricovero manicomiale. In fondo, sotto i camici bianchi indossati dagli alienisti del Santa Maria c'erano dei veri e propri medici, dei professionisti che si erano formati tanto nelle scuole di psichiatria e neurologia che in quelle di medicina e chirurgia; era quindi inevitabile che, in quel continuo processo di adattamento osmotico fra domanda e offerta, quel germe medico non desse i suoi frutti.

8. Amore folle: la mascolinità deviante

Per tutti gli uomini dai 35 ai 50 anni la guerra è una seconda giovinezza. Militarizzazione dei muscoli e dei nervi logorati dalla vita³⁶⁵.

All'improvviso, estraneo al vociare della massa di uomini assiepati eppure ben noto e atteso, un fischio forte e prolungato avverte tutti i presenti. È il suono di un fischietto metallico e viene subito seguito da un forte calcio a un pallone che si alza in cielo a descrivere un lungo arco catturando, per un breve attimo, l'attenzione dei numerosi maschi adulti. È uno di quei palloni di cuoio grezzo che diventano pesantissimi al contatto con la pioggia, di quelli con la cucitura a vista assai noti agli appassionati del football di tutta Europa. Ma quello che stava per iniziare quel giorno non era un incontro di calcio, bensì un assalto del contingente britannico alle trincee austro-tedesche schierate sul fronte occidentale durante il primo conflitto mondiale. Quella del '14-'18 era una catastrofe di dimensioni inaudite che stava mobilitando tutte le risorse dei paesi coinvolti e che avrebbe condizionato la mentalità e la storia dell'intero secolo successivo: un vero e proprio "*spartiacque della coscienza*" tra il vecchio mondo ottocentesco e l'irrompere improvviso e violento del XX secolo³⁶⁶. Secondo alcuni fu uno

³⁶⁵ Filippo T. Marinetti, *Come si seducono le donne*, Excelsior, Milano 1918, p. 56.

³⁶⁶ Cfr. Eric J. Leed, *op. cit.*, 2001, e P. Fussell, *op. cit.*, 2000.

spartiacque addirittura tra le ultime vestigia dell'*ancien régime* e l'affermarsi dell'età contemporanea³⁶⁷.

La grande mobilitazione non aveva mancato di coinvolgere anche la sfera della sessualità, trasformando il conflitto in un cantiere aperto per la costruzione e la propaganda di un modello di virilità guerresca destinato a cogliere i maggiori frutti nei decenni successivi alla pace di Versailles. Quella che veniva imposta e propagandata era un'immagine della rinascita virile dell'uomo borghese ottocentesco in termini di rinnovato vigore guerriero e di affermazione delle più tradizionali tendenze aggressive dell'uomo moderno. A questa immagine faceva da contraltare un'intensa campagna diffamatoria dell'avversario, descritto nei modi più infamanti tra i quali, ovviamente, le accuse di omosessualità e perversione. Per gli arditi e virili soldati italiani, tra le altre cose, lo scontro era anche quello contro i perfidi e decadenti urningi tedeschi.

Poco importa se il modello eroico, virile e guerresco fosse più nella propaganda che nella realtà del conflitto; nonostante la retorica militarista cozzasse ineluttabilmente contro la realtà militare si affermarono comunque le basi di una nuova speculazione sessista sulla società che culminarono nella retorica dell'uomo nuovo fascista³⁶⁸. Questo anelito virilista trascinò fin da subito dalla retorica propagandistica trovando eco nelle pagine dei letterati e terreno fertile nel senso di decadenza e di fiacchezza provato dalle generazioni a cavallo tra gli ultimi scampoli del XIX secolo e i primi anni del XX³⁶⁹. La "*vecchia Italia austriacante, clericale, ruderomane e puzzolente che languisce sordidamente*" doveva essere spazzata via dall'ondata virilista della "*militarizzazione dei nervi e dei muscoli*"³⁷⁰.

³⁶⁷ Cfr. Eric J. Hobsbawm, *op. cit.*, 1995.

³⁶⁸ Cfr. Lorenzo Benadusi, *Il nemico dell'uomo nuovo*, Feltrinelli, Milano 2005 e George L. Mosse, *L'immagine dell'uomo*, Einaudi, Torino 1997.

³⁶⁹ Cfr. Francesca Socrate, *op. cit.*, 2003.

³⁷⁰ Filippo T. Marinetti, *op. cit.*, Milano 1918, pp. 15 e 56.

È la vigilia di Natale del 1914 e siamo a Palermo, dall'estate ormai la guerra imperversa in Europa e anche in Italia, che ancora per cinque mesi ne resterà fuori, si accendono gli animi e i furori del partito interventista. È in questo clima che quel giorno nasce Giovanni Battista P. da Alfredo e Isabella, terzo di tre fratelli maschi.

È un bimbo ancora in fasce quando l'Italia entra in guerra e sarà ancora molto piccolo quando questa finirà, è più che probabile non abbia mai avuto ricordi chiari di quel periodo, eppure questa guerra avrà una sua parte nel condizionarne la vita.

Non è certo se papà Alfredo abbia partecipato o meno al conflitto: tracce documentarie in merito non ce ne sono e la loro assenza fa pensare di no. Fosse stato altrimenti, prima o poi, nel corso di questa storia sarebbe emerso. Troppo ghiotta la possibilità di vantare crediti di guerra per ignorarla.

Ma la guerra condiziona Alfredo e lo fa a prescindere dall'avvenuta o meno partecipazione diretta. Rimasto ben presto vedovo, quando Giovanni Battista era ancora bambino, Alfredo convola a nuove nozze con Aurora P. Ma le cose non vanno bene e in capo a qualche anno anche questo secondo matrimonio fallisce. Alfredo abbandona la seconda moglie per accompagnarsi con una nuova donna, un personaggio che poco risalta nelle fonti documentarie se non attraverso le parole piene di astio e assai denigratorie di Aurora: *“una depravata donna”, “una di quelle serpi velenose sotto forma di donna”* che con le sue *“male arti”* ha conquistato Alfredo sprofondando la famiglia in una di quelle *“bufere morali (tanto frequenti ormai dopo la guerra mondiale)”* che ha finito per *“distruggere la pace religiosa”*, la felicità e il rapporto fra padre e figli³⁷¹.

In queste parole piene di rancore e risentimento della signora Aurora si trovano i primi indizi della mentalità dei genitori di Giovanni, il padre e la matrigna. Non delle prove, certamente, ma degli indizi su una cosa importante vengono trovati: Alfredo è un maschio sposato e, negli anni

³⁷¹ ASMP, *Cartelle Cliniche*, Giovanni Battista P., 1935.

appena successivi al conflitto, caratterizzati da una grande disponibilità di vedove e donne sole e da una certa rilassatezza dei costumi, sembra preferire, a differenza della signora Aurora, il modello marinettiano del maschio predatore a quello tradizionale e cattolico del sacro rispetto del vincolo matrimoniale; per dirla con le parole di Aurora, prima “*tradisce la moglie*”³⁷² che accudisce i figliastri e poi l’abbandona. Il fatto avrà le sue conseguenze sui figli: se non si può prestare fede assoluta alle parole di Aurora, che riferiscono di come in virtù di questa nuova relazione Alfredo avesse perso qualsiasi autorità sui figli, di sicuro fin dal 1928, quando Giovanni ha appena 13 anni, questi fuggono spesso di casa e cercano di sottrarsi all’autorità paterna.

Un secondo flebile indizio sulla mentalità di Alfredo in tema di ruoli di genere è lui stesso a fornirli in una lettera indirizzata alla direzione del Santa Maria della Pietà nei primi anni ’30 quando, con grande enfasi e altrettanto orgoglio, rivendica il suo essere un “*fascista di vecchia data*”³⁷³ degno di ogni rispetto.

E siamo a due: maschio predatore e fascista della prima ora.

A completare il quadro degli indizi è una seconda lettera, inviata anche questa nei primi anni ’30 e sempre alla direzione del manicomio, in cui riferisce alcune delle peripezie occorse nel suo rapporto con il figlio Giovanni. In particolare, riavutolo in casa dopo un turbolento periodo di contrasti e relative fughe, narra di come si fosse risolto a inviare il suo ragazzo in manicomio dopo il fallito tentativo di raddrizzarlo con l’arruolamento nell’esercito.

A questo punto gl’indizi diventano tre e, sebbene non valga la regola che tre indizi fanno una prova, una certa omogeneità fra i comportamenti di Alfredo e l’idea di mascolinità imperante nel ventennio c’è ed è anche evidente.

Non s’intende, ovviamente, che l’abbandono del tetto coniugale, l’adesione al Partito fascista e l’idea che l’arruolamento potesse servire a raddrizzare i

³⁷² Ivi.

³⁷³ Ivi.

giovani fossero comportamenti granché originali; semplicemente si riscontra come la concomitanza di questi elementi permetta con un certo agio di posizionare Alfredo all'interno della mentalità virilista egemone nel periodo fascista.

Sono le 14,00 del 13 luglio 1932 quando al manicomio provinciale di Roma viene accolto in osservazione un ragazzo inviato dal commissariato di Porta Pia e proveniente dal Policlinico Umberto I.

Si chiama Giovanni Battista P., è un ragazzo di 17 anni, è nato a Palermo il 24 dicembre del 1914 e secondo la clinica della malattie nervose e mentali è uno psicodegenerato sessuale affetto da immoralità costituzionale.

È un ragazzo esile, appena 149 centimetri per 45 Kg.. È anche docile, appena entrato si presta ai rituali di ammissione senza protestare e fin dai primissimi giorni si mostra tranquillo e molto socievole con tutti. Però è molto sorvegliato dal personale. Non è un'incongruenza, Giovanni è un pederasta passivo e bisogna controllarlo molto attentamente.

In osservazione narra gli eventi che lo hanno portato al ricovero: *“stava ricoverato al S. Gallicano [...] dove era stato sottoposto a atto operatorio dell'ano effetto di 6 creste di gallo [sottol. orig.] [...] In questi ultimi tempi di tanto in tanto scappava dall'ospedale stava fuori cinque giorni, commetteva atti immorali [sottol. orig.] poi si ripresentava nuovamente”*³⁷⁴.

Fin da subito la situazione appare chiara: Giovanni è un pederasta passivo e per questi suoi comportamenti viene definitivamente ammesso in manicomio.

Già il 6 agosto, a nemmeno un mese dall'internamento, la situazione comincia ad articolarsi. Alla direzione del manicomio romano giunge una lettera da Enrico Carpi, fiduciario del Fascio Romano di Combattimento “Giulio Gordiani” Gruppo Rionale Trevi-Colonna-CampoMarzio, con la quale si raccomanda *“il camerata Cav. Alfredo P., che avrebbe bisogno di*

³⁷⁴ Ivi.

un suo cortese appoggio per un suo figliolo rinchiuso nel Nosocomio”, poi chiudono i consueti saluti fascisti³⁷⁵. È il primo e più importante segno dell'intervento di papà Alfredo e non è una cosa da poco. La lettera, infatti, è indirizzata al direttore del manicomio, Augusto Giannelli, ma non al manicomio. La comunicazione, per quanto inserita nel fascicolo, avviene per via diretta dal camerata Carpi al camerata Giannelli e per conto del camerata P. Non solo: la lettera viaggia da corso Umberto I 506, sede del gruppo rionale, a corso Umberto I 47, dove la riceve il direttore, probabilmente lo studio o l'abitazione privata. In sostanza una raccomandazione, non di primissimo piano come quelle da parte di un parlamentare o di un gerarca ma una raccomandazione molto più personale, diretta e partecipe. L'obiettivo di Alfredo è presto chiaro: impedire il trasferimento ad altra sede o ulteriori sviluppi istituzionali e poter ritirare il figlio quanto prima.

Ma l'interesse del padre non promette molto di buono per Giovanni: più che comprensione sembra interesse a evitare clamore. Mentre agisce sul piano delle raccomandazioni, infatti, Alfredo vuole anche chiarire la questione nei termini in cui lui la intende. Riferisce ai sanitari del Santa Maria sulla personalità del proprio figlio in termini non proprio lusinghieri: *“Mai ha potuto piegarsi alla disciplina familiare e sociale [...] si è arrestato alla licenza tecnica e con grande fatica”*, soprattutto era *“insofferente alla disciplina dei collegi donde abitualmente fuggiva e [lo] costringeva a ritirarlo”*. Non solo, lo descrive anche come affetto da *“mendacia abituale; calunniatore [con] tendenze al vagabondaggio”* le quali cose, volendosi oltretutto dare al teatro, *“lo hanno portato in ambienti da cui è rimasto ancor più contaminato”*³⁷⁶.

Una descrizione, questa del padre, che sembra contrastare con la volontà di farlo dimettere espressa attraverso i canali della raccomandazione di partito, ma non è così. L'obiettivo della dimissione, come si è detto, più che alla

³⁷⁵ Ivi.

³⁷⁶ Ivi.

comprensione nei riguardi del figlio è probabilmente funzionale alla tutela di sé stesso dall'imbarazzo di un figlio degenerare. In quest'ottica risulta molto più comprensibile e funzionale la strategia identitaria adottata da Alfredo: presentarsi come rispettabile vittima di un figlio degenerato, offrirsi come sponda per una risoluzione del 'problema' più discreta e dare le giuste garanzie di operare in maniera correttiva dopo il rilascio.

Altri interventi da parte di reti sociali collegate a Giovanni non ce ne sono e neppure lui stesso sembra riuscire a comprendere pienamente i movimenti che si stanno svolgendo intorno a lui, tant'è che i suoi tentativi di 'discolparsi' riguardo quanto ammesso in osservazione si limitano a una vaga denuncia di abusi subiti da parte di un compagno d'arte che l'aveva ubriacato con l'etere.

In capo a tempi relativamente brevi, nell'aprile del '33, Giovanni viene dimesso e riconsegnato al padre. La strategia di Alfredo, la giovane età e la mancanza di un pubblico scandalo particolarmente clamoroso avevano convinto medici e tribunale a de-istituzionalizzarlo. Ma non era cosa destinata ad avere esito positivo, troppo grandi il contrasto e le differenze fra padre e figlio.

Sette mesi dopo la situazione si fa di nuovo critica, come prima e più di prima. Il 7 novembre del 1933 il Santa Maria della Pietà accoglie nuovamente Giovanni Battista B. di Alfredo e fu Isabella, inviato dal commissariato di P.S. di S. Lorenzo anche questa volta perché psicodegenerato sessuale passivo.

Anche questa volta Giovanni si mostra docile e tranquillo e si sottopone senza problemi ai rituali d'ammissione, ma la storia del suo internamento e il carattere stesso del giovane saranno molto più articolati e complessi del precedente.

Narra al personale infermieristico che *"uscito da questo ospedale, or sono otto mesi [sette], e in questi mesi a [sic] fatto una vita da avventuriero rubando ora a quello ora a quell'altra [sic] è stato a Roma Napoli Palermo Genova e da un paese e laltro [sic] sempre per paura di cuesture [sic],*

racconta che ha fatto una vita pessima che il padre la [sic] cacciato [sic] via di casa, lui dice che non a [sic] lavorato mai e a [sic] un infinità [sic] di vizzi [sic] a Napoli si è vestito da donna e è andato in giro per la città, dice che lui è più donna che uomo”³⁷⁷.

Già da queste prime battute risulta evidente come nella carriera di anormale di Giovanni ci sia stato un significativo passo in avanti. La consapevolezza della propria sessualità, la franca ammissione e le peripezie narrate rimandano un’immagine di deviante molto più matura e strutturata di quanto non fosse solamente pochi mesi prima. Ora, dopo un ulteriore periodo di peripezie, Giovanni non si descrive più come la vittima di un compagno d’arte ma dichiara apertamente, e incoscientemente, di sentirsi più donna che uomo.

Sembra quasi che in questi pochi mesi Giovanni abbia tagliato tutti i ponti alle sue spalle, intenzionato a non far più ritorno alla ‘normalità’. E probabilmente è così, anche se, come si vedrà, non solamente per scelta personale.

Nelle relazioni successive del personale medico infermieristico risulta che Giovanni appena uscito dal manicomio si era arruolato volontario nell’esercito ma che dopo solo un mese aveva abbandonato le armi. Tornato a casa il padre si rifiutò di accoglierlo negandogli ogni sostegno. Sebbene lui dichiarò di essersi fatto riformare, alcuni indizi lasciano pensare alla possibilità di una diserzione: il padre, in una lettera a Giannelli, lo definisce apertamente come tale, inoltre lui stesso dichiara problemi con le questure. Non vi è certezza in merito, ma di certo la situazione era tale da spingerlo ad abbandonare definitivamente ogni speranza di contatto con la ‘normalità’ dalla quale proveniva. Forse l’arruolamento volontario era il frutto di un patto fra padre e figlio, o un’imposizione del primo, in un estremo tentativo di rimetterlo in riga. Di certo, dall’abbandono della divisa in poi, il rapporto

³⁷⁷ Ivi.

col padre, forse consigliato da “*una perfida femmina che ha distrutto tre famiglie*”³⁷⁸, è definitivamente compromesso.

Anche nel rapporto con l’istituto manicomiale la personalità di Giovanni risulta più matura ed esperta. Nonostante si mantenga sempre tranquillo e socievole, in questo secondo internamento si muove con molta più dimestichezza all’interno del microcosmo manicomiale. Durante questo secondo lungo periodo di degenza i registri nosografici riportano in più di un’occasione di alcune sue manovre nel cercare un padiglione piuttosto che un altro. Dapprima si oppone con successo al XXII, in seguito si offre e ottiene il XVIII dal quale poi chiede e ottiene il trasferimento al XII. Giovanni rifiuta uno dei padiglioni più confortevoli e si offre per quello criminale; anche se si ignora il motivo di alcune di queste singolarissime scelte si riscontra la presenza una capacità operativa sconosciuta all’epoca della prima degenza.

L’elemento veramente nuovo di questa degenza, quello che maggiormente contraddistingue la capacità di Giovanni nel giocare un ruolo finalmente attivo, è però il coinvolgimento strategico del proprio network familiare. Dopo diciassette mesi di degenza, deciso a uscire dal manicomio e consapevole che ormai nulla può aspettarsi dal padre in questo senso, nell’aprile del ’35 Giovanni spargia le carte in tavola: chiama in causa Aurora, la donna che lo aveva accudito quando era bambino.

A questo punto è opportuno fare un passo indietro e tornare a occuparsi del primo internamento, quello durato lo spazio di pochi mesi a cavallo tra il ’32 e il ’33.

La trafila istituzionale che portò Giovanni in manicomio fu abbastanza lineare: dall’ospedale comune alla clinica nervosa, poi, passando per la Pubblica Sicurezza, il ricovero a S. Onofrio.

Anche la ricostruzione della storia personale del paziente risulta pressoché priva di contrasti: a informare il corpo medico-psichiatrico sono il paziente stesso e il padre e nella conseguente definizione della situazione non

³⁷⁸ Ivi.

risultano contrasti o divergenze. Per quanto Giovanni si presenti in ultimo come vittima e riferisca di un solo contatto omosessuale, per di più subito con la violenza, la definizione della situazione si realizza secondo una sostanziale unità di vedute tra personale medico e rete sociale sulla quale non ci sono dubbi: Giovanni è un pederasta passivo, un pervertito anormale. Stabilità la definizione dell'identità di Giovanni occorre capire quali strategie siano state poste in atto durante la degenza. Il campo operativo è alquanto ristretto. Giovanni si limita a starsene buono e tranquillo nel IV padiglione insieme agli altri ragazzi, medici e autorità di Pubblica Sicurezza gestiscono la faccenda in maniera alquanto ordinaria limitandosi alla sola prassi amministrativa e, infine, trattandosi di un fatto sostanzialmente privato, mancano completamente sia reti sociali ostili al paziente che pressioni da parte del corpo sociale. L'unico a svolgere un'attività degna di nota è il padre, che spinge per la risoluzione della questione in termini di riservatezza.

La strategia di Alfredo è assai semplice e lineare anch'essa: accetta e conferma la diagnosi medica, fa propria la condanna sociale della devianza in questione, si presenta come vittima rispettabile di un figlio degenerare e si propone come valido strumento di tutela tanto del degenerare che della moralità pubblica.

In questo primo internamento la dimissione del paziente è avvenuta per opera di una serie di fattori concomitanti. Una rete sociale coesa, composta esclusivamente da Giovanni e dal padre, parzialmente concorde agli interessi dell'internato: conflittuale cioè sulla definizione dell'identità ma concorde sull'esito desiderato, e anche aperta e concorde con gli intermediari chiamati in causa, il Fascio rionale che, in mancanza di opposizioni a causa della sostanziale privatezza della questione, ha trovato rapidamente una linea d'intesa con le autorità e il personale medico.

Inoltre, la giovane età del ricoverato e l'agiatezza della rete sociale nella quale era inserito contribuivano grandemente a un esito favorevole dell'internamento.

Tutto si complica, e di parecchio, con l'intervento della signora Aurora. Il suo ingresso in scena determina non solamente la comparsa di un nuovo attore nella vicenda, ma il crearsi di una situazione di conflitto tra due diverse reti sociali ognuna dotata di propri mezzi e con proprie strategie. Sarà uno scontro totale fra due mondi diversi, con diversi interessi e ancor più dissimili interpretazioni della situazione.

Ma lasciamo che a parlare siano i fatti e torniamo a quell'aprile del 1935 in cui Giovanni chiama in causa la matrigna.

Il 29 aprile del '35 giunge una lettera al direttore Giannelli, a inviarla è stata la signora Aurora P., "*fiduciaria dell'O.N.B. ed insegnante*"³⁷⁹, con la quale chiede notizie in merito al figliastro internato nell'istituto:

"Ill.mo sig. Direttore [...] Mi chiamo Aurora P. in P. sono insegnante comunale, nonché fiduciaria O.N.B. e mi vedo costretta a tediare la S.V. Ill.ma per un affare di somma delicatezza, e di importanza capitale.

Sette anni or sono [...] una di quelle bufere morali (tanto frequenti, ormai, dopo la guerra mondiale) scompaginò la mia famigliola. Una di quelle serpi velenose, sotto forma di donna, distrusse la pace religiosa, la felicità che regnava nella mia casa, facendo la rovina di tre poveri figliastri che d'allora hanno perduto quello che Iddio aveva largito nella loro fanciullezza, dopo la morte della loro mamma, cioè l'affetto, la cura, la guida mia che con tanto zelo io mi ero impegnata ad avere per i tre orfani perché il marito tradiva la moglie.

Dal 1928 questi tre esseri sventurati perciò sono andati raminghi per l'Italia senza che la mia protezione potesse garantirli contro le insidie e gl'inganni del mondo.

Il padre, conquiso dalle male arti della donna, non ha più alcuna autorità su di essi, ne ha preso a cuore la sorte di essi. Uno dei quali, l'ultimo, oggi si trova internato in cotesto ospedale.

[...] Da 24 mesi io non avevo potuto più avere alcuna notizia di lui, ma ecco che la risurrezione di Gesù di quest'anno mi ha concesso la grazia di avere sue nuove. Egli stesso ha sentito il bisogno di rivolgersi a me, e invocare dalla mamma adottiva aiuto, guida, affetto, tutto quello che io davo a lui ed agli altri due figlioli con la dedizione di mamma, negli otto anni di unione perfetta di anime e di volontà.

Pertanto dunque io sono costretta (come già detto) a rivolgermi a la S. V. Ill.ma per avere certe notizie che mi rendano chiara e lucida la faccenda, strana stranissima, che il mio povero figliastro si trovi internato a 22 anni in un luogo di dolori e di pene.

³⁷⁹ Ivi.

[...] *Ho tanto sanguinato per la scompagine della mia famiglia, ho tanto pianto per la felicità perduta, e la mia salute è andata giù assai giù in questi sette anni. Sono molto malata.*

*Vorrei quindi chiudere gli occhi in pace con la coscienza di aver fatto l'avvenire almeno di uno di questi ragazzi che per otto anno ho educati e cresciuti, come veri figli*³⁸⁰.

Da queste righe emerge chiaro e immediato lo strazio e la sofferenza di una madre, una matrigna in verità, di fronte all'internamento del giovane figlio. Ma a leggere bene c'è molto di più.

Intenzionale o meno che fosse, questa lettera propone già una chiara traccia di quella che sarà la strategia operativa e la particolare definizione di situazione e identità che questa rete sociale incentrata su Aurora proporrà al personale del manicomio.

Innanzitutto Aurora cerca di accreditarsi presso il manicomio come persona degna, rispettabile e con diritti morali sull'internato. Questa tendenza ad accreditarsi moralmente è del tutto naturale e riprende quella fatta pochi anni prima da Alfredo, però diversi sono i termini della questione. Il tentativo di Aurora è più incentrato sui valori morali della maternità, dell'impegno per la famiglia e per i figli che non sui crediti sociali della militanza politica o sull'altisonante titolo di cavaliere. Soprattutto, Aurora si muove in prima persona e non dispone, in questa fase, di appoggi esterni e raccomandazioni. In pratica si presenta come una donna sola e malata, che tanto ha dato e che oggi ha una sorta di diritto umano sulle sorti del povero figlio.

Non solo a questo si limita il primo intervento di Aurora. Questa lettera scompagina improvvisamente la chiarezza riguardo la definizione dell'identità di Giovanni e del padre. Fino a quel momento, soprattutto in questo secondo internamento, l'etichettamento di Giovanni era risultato piuttosto facile: è un invertito. Altrettanto facile e lineare era stata la definizione della situazione: Giovanni, con la sua condotta anormale, è un

³⁸⁰ Ivi.

problema per il povero padre e per la società. Ma non è sempre così facile definire un'identità e una situazione.

Con l'attacco alla condotta del padre e alla sua nuova compagna Aurora apre una nuova prospettiva interpretativa sulla situazione: Giovanni potrebbe essere una vittima della condotta snaturata di un padre degenerare che ha distrutto la famiglia e si è disinteressato dei figli. È un timido passo verso un capovolgimento dei ruoli di vittima e carnefice fra padre e figlio. Avrà un seguito.

Subito dopo aver ricevuto la lettera di Aurora il direttore Giannelli invia una richiesta al primario del XVIII padiglione, dov'è al momento tenuto Giovanni, con la quale chiede notizie in merito allo stato del paziente e alle possibilità di guarigione. La risposta del sanitario è a due facce: da un lato conferma in tutto e per tutto l'identità anormale di Giovanni, “è *uno psicodegenerato [...] non si ritiene possibile la dimissione per non pericolosità (della guarigione non è il caso di parlarne) a scadenza non lunga*”³⁸¹, dall'altro apre uno spiraglio per la dimissione, “*può essere riconsegnato alla famiglia (decreto del tribunale) se essa è in grado di sorvegliarlo ed assisterlo convenientemente*”³⁸².

Nella risposta del sanitario si nota tutta l'importanza che poteva avere il sostegno di una rete sociale in un tentativo di dimissione. Nonostante siano quasi due anni che Giovanni è internato, nonostante questi siano trascorsi senza rilievi e senza che la sua condizione 'clinica' sia mutata, “*della guarigione non è il caso di parlarne*”, la dimissione diventa possibile se una rete esterna al manicomio è in grado di sostituirsi all'istituzione nel prendersi in carico il degente.

Il 12 agosto del '35 una nuova lettera di Aurora, questa volta al prof. De Santis, primario del padiglione XII, testimonia di un nuovo passo avanti nella strategia della rete materna impegnata nel tentativo di dimissione.

³⁸¹ Ivi.

³⁸² Ivi.

*“Egregio prof. De Santis, il 6 corrente fui a Roma per visitare il mio povero Giovanni P. [...] lo trovai dimagrito assai, pallido e afflitto, come sempre, di trovarsi in manicomio per volere di un padre snaturato. Egli mi assicurò che Ella, Egregio Professore, già tanto amico del fratello Luigi avvocato P., aveva a suo tempo dichiarato a quest’ultimo che il povero Giovanni poteva essere dimesso e lo invitava ma invano a riprendere il ragazzo a venire a Roma per ritirare il fratello. Che cosa ci sia di vero in ciò vorrei sapere; sono la seconda madre, non la matrigna del ricoverato; gli ho voluto bene perché è vissuto con me ben otto anni in rapporti più che filiali che solo l’abbandono inumano del padre ha potuto separarci così crudelmente, distruggendo la famiglia, la pace e la tranquillità della nostra anima. I cristiani non maledicono, invece pregano Dio perché perdoni le colpe ed è perciò che io invoco dal Signore la conversione perfetta di mio marito [...] Egli [Giovanni] è stato il capro espiatorio, la vittima maggiore della bufera che una femmina malvagia ha scatenata sulla nostra casa, scompaginando una famiglia così bene organizzata [...] Quel mostro ha potuto pervertire mio marito, che pareva tanto innamorato di me!
Ma ormai tutto è finito, a me non restan che gli occhi per piangere e il dovere di poter consolare il povero Giovanni.
A lei dunque mi rivolgo per sapere innanzitutto se è vero che il ragazzo possa dimettersi.
Quale sia la degenerazione psichica di cui è stato affetto e per la quale il padre lo abbia rinchiuso. La prego di esser chiaro e franco nel parlare.
Se Ella potesse veramente occuparsi di lui per il trasferimento dal 18° padiglione al 12°, cioè al suo, dove egli si trovava tanto bene [...] Egli non è un criminale, quindi non può vivere tra i condannati [...] Questo contatto lo nuocerebbe assaissimo”³⁸³.*

Lo schema di riferimento di questa nuova lettera è assai simile a quello della precedente indirizzata al direttore. Accreditarci moralmente come persona degna e con diritti sul paziente, attaccare la moralità del padre e presentare Giovanni come vittima anziché come pervertito. Emergono anche elementi nuovi e importanti. Innanzi tutto si capisce che ad Aurora nessuno ha ancora specificato la natura della ‘follia’ di Giovanni, probabilmente a causa di un certo pudore nel trattare tali argomenti con una donna, cosa che solamente De Santis, dopo questa esplicita richiesta di franchezza, si deciderà finalmente a fare. Poi vi è un altro aspetto, forse il più importante, ed è l’allargamento della rete con l’inclusione del fratello Luigi e la conseguente disponibilità di una nuova risorsa: il suo amico De Santis. La presenza del fratello Luigi è un elemento importante in quanto porta nella rete al

³⁸³ Ivi.

contempo una figura maschile, un parente di sangue e una risorsa interna al manicomio.

Sempre più chiara è anche la nuova chiave di lettura della situazione proposta dalla rete materna. Il mostro è ora la nuova compagna del padre il quale, traviato, è sempre più definito come il colpevole del disastro di cui Giovanni è vittima. In questo scenario le altre vittime della degenerazione del cav. Alfredo, Aurora stessa e il fratello Luigi, cercano di salvare il povero Giovanni dalle estreme conseguenze di colpe non sue.

Inoltre, a questo punto della vicenda, si sono ormai aperti altri e più diretti canali di comunicazione fra interno ed esterno del manicomio. Aurora, e forse anche Luigi, sono entrati in contatto diretto con Giovanni ed entrambi hanno aperto un canale di comunicazione con un nuovo e importante membro dello staff.

Probabilmente in virtù di questa nuova svolta, la comunicazione diretta e la presenza di una risorsa interna all'istituto, il comportamento di Giovanni in manicomio si fa strategico. Nonostante fosse finito al XVIII padiglione per essersi offerto volontario, al momento questa sistemazione non va più bene; probabilmente non ci si trova granché a suo agio, almeno stando alle parole di Aurora, inoltre non è da sottovalutare l'utilità di un trasferimento nel padiglione dell' 'amico' De Santis per ottenere la dimissione. Inizia quindi un gioco delle parti dentro e fuori dal manicomio. Aurora, il 20 agosto, scrive al direttore Giannelli che *“il mio figliastro non è un condannato. Egli non ha niente a che fare col tribunale e la questura e il contatto o la comunanza coi condannati lo rende avvilito esasperato, e rende me più dolorante che mai”*³⁸⁴. Una richiesta esplicita e connotata dai soliti, e giustificati, toni pietistici del dolore materno. Non manca neanche il consueto colpo al “partito della degenerazione”: “[vorrei sapere] *i motivi che indussero lo snaturato padre ad accusare il giovanetto di degenerazione [...] e [chiedo di] liberarlo dal luogo di pena dove il padre*

³⁸⁴ Ivi.

crudele lo ha rinchiuso per i consigli di una perfida femmina che ha distrutto tre famiglie”³⁸⁵.

Dal canto suo Giovanni agisce all’interno del manicomio seguendo la più elementare delle strategie comportamentali, quella del bastone e della carota. Dapprima prende a comportarsi male e a dare problemi in reparto, poi promette di tornare tranquillo e lavorare assiduamente se lo rimandano al padiglione XII, quello di De Santis. Per assicurarsi che il padiglione sia quello giusto minaccia la fuga nel caso lo inviino al padiglione XX, uno dei più confortevoli e assai adatto a un paziente tranquillo e lavoratore, ma dove non avrebbe trovato il medico desiderato. L’azione congiunta riesce e il 9 settembre Giovanni torna a essere affidato alle cure del prof. De Santis.

Con il passaggio di padiglione si apre un canale di comunicazione interno al manicomio tra sanitario del reparto e direzione. De Santis scrive a Giannelli che Giovanni *“nella sua lunga degenza non ha mai dato luogo a rilievi dal punto di vista sessuale [...] Che egli sia stato pederasta passivo nell’adolescenza è indubbio [...] [ma] dopo una così lunga degenza, con un comportamento complessivamente lodevole, considerata anche l’età raggiunta (21 anni compiuti) considerando altresì che non sarebbe umano rinunciare ad un secondo tentativo di riammetterlo nella società, considerato che non presenta più una pericolosità attuale nel senso voluto dalla legge, se ne propone la dimissione*”³⁸⁶.

Una svolta importante e decisiva. In capo a soli cinque mesi, un nuovo membro dello staff, l’amico De Santis, trasforma una possibilità di dimissione dietro decreto del Tribunale in una proposta di dimissione, soprattutto trasforma un soggetto impossibile da considerarsi non pericoloso in uno che non rientra più nei termini di pericolosità della legge sui manicomi e sugli alienati.

In questo caso le mura che separano il manicomio dal mondo esterno si sono rivelate assai permeabili e sono state violate con successo da una rete

³⁸⁵ Ivi.

³⁸⁶ Ivi.

sociale che è riuscita a penetrare fin nel loro interno e a ottenere il suo scopo.

In questo scritto di De Santis si legge anche una nuova definizione dell'identità di Giovanni che in parte accoglie quella proposta dalla rete sociale materna. Il giovane non è più un degenerato pericoloso, lo è stato, è vero, ma ormai da lungo tempo è una persona docile e non presenta segni di pericolosità che ne giustifichino l'internamento. Prevale, in sostanza, l'immagine del giovane da recuperare su quella del perverso da segregare. La vera svolta, però, arriva su un piano molto più pratico; Giovanni ha ora una rete sociale alle sue spalle che spinge per una dimissione e gli garantisce un sostegno; in mancanza di opposizioni e di reale pericolo l'istituzione si piega docilmente e accetta, almeno in parte, una chiave di lettura più umanitaria.

Ma le cose non erano destinate a risolversi così facilmente. Al momento della dimissione un piccolo particolare burocratico s'infilava come un granello di sabbia nell'ingranaggio della dimissione rischiando di rompere tutto.

Il 20 settembre del 1935 il Santa Maria della Pietà invia l'invito a ritirare il paziente al suo tutore legale: Alfredo P.

Alfredo scrive immediatamente a Giannelli il 23 settembre.

“Ill.mo sig, Direttore [...] Ho ricevuto a Milano, dove mi trovo per ragioni di cura, la lettera [...] relativa alle dimissioni del malato Giovanni Battista P. Per le mie condizioni finanziarie e di salute non ho la possibilità di provvedere, specie se il medesimo non è completamente guarito. L'internamento di mio figlio in cotesto ospedale è stato disposto dalla Questura di Roma, non credo quindi di poterlo ritirare senza una dichiarazione di completa guarigione. Faccio poi presente a cotesta onorevole direzione che essendo stato mio figlio dichiarato renitente alla leva perché della classe 1914, dovrà essere consegnato all'autorità militare, onde evitargli un procedimento penale quale renitente alla leva”³⁸⁷.

È una risposta tutto sommato pacata e le motivazioni addotte per il rifiuto di ritirare il paziente sembrano quasi ragionevoli. È possibile che le manovre di Aurora, di cui infatti non c'è traccia fino al 23 settembre, siano del tutto

³⁸⁷ Ivi.

sfuggite ad Alfredo, e che l'uomo interpreti quindi la dimissione come una normale iniziativa del manicomio molto facile da sventare.

Ma il 25 settembre il Santa Maria gli conferma le dimissioni e lo avvisa che Giovanni, *“poiché v.s. si rifiuta di ritirare il ricoverato”*³⁸⁸, verrà riconsegnato alla questura.

Apriti cielo! Ricevuta la comunicazione il padre di Giovanni tuona furibondo contro la dimissione e tenta di ribaltare il tavolo.

Forse, rinnovatosi l'interesse per il ricovero del figlio, Alfredo scopre solo ora dell'interessamento di Aurora. Non si sa, però nella seconda lettera che indirizza a Giannelli i toni si alzano sensibilmente.

“Egregio professore, mi permetto di rivolgermi a lei personalmente, memore delle gentilezze mostratemi quando fui costretto a rivolgermi a lei in seguito alla presentazione fattami dal Segretario Rionale. Sono un onorato funzionario dello Stato collocato a riposo, sono un vecchio fascista, sono assai malato; ma ad aggravare i miei acciacchi è la condizione del mio povero figlio P. Giovanni Battista, ricoverato in cotesto ospedale dal quale, però, è stata di recente ordinata la dimissione.

Egli non è guarito e per di più [è] inguaribile, come ha sentenziato il prof. Bonfigli, perché dunque metterlo fuori dell'ospedale? Il provvedimento equivale a una sentenza di sicura perdizione, con grave pericolo, non solo per lui ma per la famiglia e la società.

Quando la famiglia lo chiese, una prima volta, lo credette migliorato, perché così egli si finse. Invece però egli uscì dall'ospedale col proposito di vendicarsi anche del padre che aveva contribuito a rinchiuderlo.

Passammo in casa giornate di vera trepidazione fino a quando la Questura, per altre ragioni, non provvide al nuovo internamento.

Egli è un deficiente, un cleptomane e un degenerato sessuale; come può dirsi in date condizioni che egli non mostra più gli estremi che giustificano l'ulteriore suo internamento in cotesto ospedale? [sottolin. orig.] E allora perché è stato trattenuto per oltre sei mesi prima e oltre due anni poi? O è guarito o, essendo nelle stesse condizioni di prima, non può essere dimesso. Perdoni, egregio direttore, queste mie considerazioni, ma troppo ho sofferto [e] troppo ho temuto per questo figliolo e non sono in condizioni di ricominciare la triste odissea. Voglia quindi esaminare lei personalmente il triste caso e lo guardi come uomo di scienza, come padre e come fascista. Un sereno provvedimento da lei preso considererò il malato oggettivamente esaminato ma anche il dovere di preservare la famiglia e la società da un essere che può essere disgustevole, scandaloso e pericoloso. [...] consideri

³⁸⁸ Ivi.

*che colui che scrive è un padre che ha avuto a brani il cuore ed ha conosciuto le più gravi umiliazioni per questo povero malato*³⁸⁹.

È con questa seconda lettera, quando Alfredo si accorge che non basterà il suo rifiuto a fermare la dimissione, che si riattiva pienamente l'altra rete sociale collegata a Giovanni. Una rete ostile e conflittuale sia col malato che con la rete che gravita intorno ad Aurora e che mobilita le sue risorse: la perizia Bonfigli, il rapporto personale col direttore, l'appartenenza politica e via discorrendo.

Il campo operativo si è improvvisamente allargato, dopo Luigi e il prof. De Santis ora torna in scena anche Alfredo e l'ombra del Fascio rionale.

I tasti toccati da Alfredo sono i soliti: appello al fascismo, pericolosità e incorreggibilità del paziente e danno che ne verrebbe alla società e alla famiglia.

A risaltare sono le profonde divergenze fra le chiavi di lettura proposte dalle due parti contrapposte. Da un lato Giovanni è una vittima, un giovane sfortunato travolto da eventi più grandi di lui che bisogna riconsegnare agli affetti cristiani della famiglia e al quale, data la giovane età, sarebbe inumano non offrire una seconda possibilità. Dall'altro è un pervertito immorale, un pozzo di ogni iniquità che rappresenta uno scandalo e un pericolo per la società, la famiglia e per i valori virili della mentalità fascista.

Ma lo scontro è anche e soprattutto fra due chiavi di lettura diametralmente opposte. È lo scontro fra un'interpretazione intimista incentrata sulle sventure, le emozioni e i diritti legali e morali dell'internato e un'altra incentrata sul mondo esterno, che rimane vittima della sua devianza e chiede protezione.

È uno scontro fra parti contrapposte della rete familiare del paziente, una rete divisa quindi. Una rete femminile, concorde con gl'interessi dell'internato, che attinge alle risorse famigliari e cerca di definire la

³⁸⁹ Ivi.

situazione da un punto di vista umano senza dare troppo peso all'omosessualità, contro una rete maschile, conflittuale con gli interessi dell'internato, omofoba e fascista che, utilizzando intermediari esterni alla famiglia, fa propria la riprovazione sociale cercando di definire la situazione in termini di ordine, scandalo e moralità.

Ricevuta la seconda lettera Giannelli ha un attimo di esitazione e la gira a De Santis affinché ne prenda visione e valuti nuovamente la possibilità di dimissione. Ma per Alfredo è ormai troppo tardi, non ha più energie e, forse, nemmeno l'interesse per opporsi strenuamente e soccombe alla forza del coinvolgimento individuale messa in campo da Aurora. Il 2 ottobre De Santis conferma a Giannelli la richiesta di dimissione *“perché il comportamento [di Giovanni] non mostra pericolosità e neppure realizzazione delle sue assunte tendenze criminali. Tanto più che il paziente è maggiorenne”*³⁹⁰. Infine, l'8 ottobre del 1935, Giovanni viene riconsegnato al fratello Luigi a Benevento, per il manicomio di Roma la sua storia finisce qui.

La soluzione manicomiale per i casi di omosessualità era abbastanza diffusa e al Santa Maria non era infrequente, in quegli anni, avere a che fare con internati omosessuali. Nella maggior parte dei casi, più che l'omosessualità in se stessa, a essere manicomializzati erano i comportamenti eccentrici e il pubblico scandalo. Il modello di reazione cui aderiva l'istituto romano, e la Pubblica Sicurezza che inviava i pazienti, sembrano ricalcare la prassi della *“tolleranza repressiva”* già teorizzata come soluzione più generalmente adottata dal fascismo³⁹¹. La manicomializzazione degli omosessuali nell'istituto romano, infatti, avveniva generalmente a seguito di un pubblico scandalo e non della semplice scoperta della sessualità 'anormale' di un individuo. In questo si realizzava una perfetta corrispondenza con la

³⁹⁰ Ivi.

³⁹¹ Cfr., Arci gay nazionale (a cura di), *Omosessuali e Stato*, Cassero, Bologna 1988 e Gianfranco Goretti, Tommaso Giartosio, *La città e l'isola*, Donzelli, Torino 2006.

tradizione giuridica italiana in merito agli omosessuali, quella del Codice Zanardelli poi rinnovata dal Codice Rocco, e con la legge sui manicomi e sugli alienati in merito di pericolosità e pubblico scandalo. Molti sono infatti i casi in cui internati etichettati a vario titolo come pederasti dovevano la loro segregazione più a fatti accessori che alla semplice scoperta della loro omosessualità.

Il 30 luglio del 1924 viene accolto in manicomio Luigi M., 43 anni, celibe, nato e residente in un piccolo paese della provincia di Roma limitrofa al lago di Bracciano. L'internamento è dovuto a un intenso stato di eccitamento su una base di demenza precoce. Almeno così scrivono.

È la quinta volta che Luigi fa il suo ingresso nell'istituto di S. Onofrio, la prima nell'ormai lontano 1900, all'età di 18 anni, quando l'istituto si trovava ancora in via della Lungara; poi seguirono altri tre internamenti in quel primo decennio del Novecento e un lungo periodo di silenzio fino al luglio del '24.

La modula informativa che lo accompagna riferisce di una situazione al paese d'origine assai complicata.

“Da vario tempo si è dato alla pederastia passiva. L'anno scorso aveva preso in odio un suo vicino malato di cuore perché la notte dormiva fuori di casa per poter meglio respirare, egli invece diceva che stava lì ad ore inopportune per spiar lui e i suoi vizi”, da tempo, inoltre, “perseguita dei ragazzi per indurli alle sue voglie e un volta ha minacciato la madre di uno di questi perché diceva che gli sviava il figlio [...] Ha preso in odio anche un altro ragazzo perché va sempre insieme con un suo amico e lui non lo vuole ascoltare” e “minaccia anche di menare a due giovanetti dell'età di 16 anni circa” e “ha preso in odio dei ragazzi del vicinato perché non vogliono accondiscendere alle sue richieste di soddisfare il suo vizio di pederasta passivo”³⁹².

Non ci sono dubbi in merito, Luigi è un pederasta e un pervertito. Eppure l'internamento non è esclusivamente dovuto alla scoperta della sua sessualità.

³⁹² ASMP, *Cartelle Cliniche*, Luigi M., 1925.

Anche nel diario nosografico i dubbi sulla sua omosessualità sono ben pochi: secondo i sanitari *“si è dato alla pederastia passiva e su questa base ha manifestato idee persecutorie e di gelosia [...] da qualche tempo oltre che di pubblico scandalo è diventato minaccioso”*³⁹³.

Luigi è quindi un pederasta conclamato anche per i medici, ma la pederastia è una base sulla quale si sono poi sviluppate idee persecutorie e di gelosia. Nella sua vicenda ci sono tracce di comportamenti istituzionalizzabili anche se inseriti all'interno di un mondo di gelosie e contrasti eterosessuale, su questo non ci sono dubbi, ma quella 'base' di partenza riesce comunque a spiegare bene un carattere tipico dell'internamento degli omosessuali nel manicomio romano. L'omosessualità è una base di partenza per la condanna e l'etichettamento nella classe degli anormali, ma solo raramente le viene data la possibilità di emergere chiaramente come carattere distintivo dell'internamento in questione, che viene invece ricollegato ai criteri di scandalo e pericolosità per fatti accessori. Questo atteggiamento è una diretta conseguenza della mancata inclusione del reato di omosessualità nel codice penale. Nella cartella clinica di Luigi, infatti, la registrazione della patologia nell'intestazione non è omosessualità, pederastia o psicodegenerazione sessuale, ma stato di eccitamento in demente precoce. E così dev'essere, perché l'internamento non è dovuto alla semplice omosessualità ma alle minacce e al comportamento aggressivo. Quel che viene sottaciuto, e che in verità è meglio dimostrato nel caso di Giovanni Battista, non per nulla etichettato come psicodegenerato sessuale, è che l'omosessualità è un terreno fragilissimo sotto i piedi che rende quasi impossibile sostenere una propria difesa. È una colpa originaria che va rimossa o quantomeno nascosta, altrimenti non c'è salvezza.

Nel corso della degenza il personale medico non modifica il proprio atteggiamento di fronte alla perversione di Luigi, per i sanitari *“è evidente che l'inversione è costituzionale e in rapporto con la deficienza mentale ed*

³⁹³ Ivi.

etica”³⁹⁴, eppure, dopo pochi mesi di degenza, “*tenuto conto della natura della sua inversione, dell’età del paziente e della circostanza che egli ha potuto vivere al paese per ben 16 anni [...] si ritiene che egli possa essere dimesso essendo oggi guarito dallo stato di subeccitamento*”, soprattutto tenendo conto che “*in questo reparto non ha neppure mai manifestato le sue tendenze omosessuali*”³⁹⁵.

Luigi non è improvvisamente tornato eterosessuale, non è possibile per un invertito costituzionale, semplicemente ha nascosto la propria anormalità e lascia intendere di poter dare garanzie in merito all’eccitamento che aveva reso palese lo scandalo. Ora, dopo soli sei mesi, ci sono concrete possibilità che possa tornare a quel tipo di vita discreta che per sedici lunghi anni gli ha permesso di non dare luogo a rilievi. La famiglia è pronta a riceverlo e nel febbraio del ’25 torna a casa. La sua storia, per il manicomio di S. Onofrio, finisce qui.

Che Luigi fosse conosciuto come omosessuale fin da prima dell’internamento è cosa cui è difficile non credere. Prima di tutto le dichiarazioni nella modula: è ormai da “*vario tempo*” che si è dato alla pederastia e anche il comportamento minaccioso che gli è valso il manicomio è successivo a un periodo di scandalo.

Poi ci sono i precedenti internamenti, quattro tra il 1900 e il 1906, che gli hanno fruttato 6 anni d’internamento di cui tre e mezzo consecutivi.

In quegli anni Luigi viene a più riprese definito eccentrico, diverso, effeminato e lezioso. All’epoca del primo internamento, quando aveva 18 anni, era un ragazzo docile, buono e affettuoso verso la famiglia, ma era anche religioso oltremisura fin “*dall’età di 12 anni quando fece la prima comunione ed ebbe una specie di mania religiosa perché aveva timore che ogni suo atto fosse peccato*”³⁹⁶, tant’è che a 18 anni ancora “*fuggiva le donne*”.

³⁹⁴ Ivi.

³⁹⁵ Ivi.

³⁹⁶ Ivi.

Nel 1901, all'epoca del secondo internamento, è 'diverso' dagli altri fratelli, effeminato, lezioso, con modulazione della voce tendente al femminile e gesti teatralmente femminili. E così via, continuando per una lunga sequela di aggettivi inerenti eccentricità ed effeminatezza che lasciano pochi dubbi sulla segretezza della sua sessualità.

Luigi e Giovanni entrano in manicomio come omosessuali conclamati e ne escono entrambi senza essere diventati eterosessuali. Il loro è un destino simile a quello di altri anormali sessuali che hanno popolato il manicomio di Roma negli anni del fascismo. Giovani irrequieti e sovreccitati, esibizionisti, erotomani e 'donne facili' sono solo alcuni dei personaggi con cui hanno condiviso gli angusti padiglioni di Monte Mario. Per tutti questi personaggi, anche se non con la crudezza degli omosessuali, le vicende sono sempre legate alle storie familiari e ai rapporti con lo scandalo suscitato più che alla colpevolizzazione della sessualità in sé stessa.

Renato P. ha 25 anni quando viene internato nel manicomio di Roma. Anche se verrà registrato come debole di mente è un pervertito anche lui, commette atti scandalosi ed è esibizionista. In manicomio non dà luogo a rilievi anche se è un po' fastidioso e disordinato. Ma Renato non viene dimesso, non ha una Aurora che si preoccupa per lui, anzi, non ha proprio nessuno che possa provvedere convenientemente a lui e viene quindi cronicizzato e spedito in altro istituto.

Anche Erminio F. è un pervertito ed anche lui viene cronicizzato, 23 anni di internamento fra il manicomio di Roma e la succursale di Ceccano prima che se ne perdano le tracce con l'ultimo invio in succursale. Erminio, a differenza di Luigi, non dà garanzie, non riesce a contenersi e non sa nascondersi, e anche in manicomio ha desideri carnali verso gli altri ricoverati, soprattutto giovani.

Bibliografia

- Acquarone A., *L'organizzazione dello Stato totalitario*, Einaudi, Torino 1995
- Addis Saba M., *La scelta*, Editori Riuniti, Roma 2005
- Ago R., Borello B. (a cura di), *Famiglie. Circolazione di beni, circuiti di affetti in età moderna*, Viella, Roma 2008
- Allegra L., *Il parroco: un mediatore fra alta e bassa cultura*, in *Storia d'Italia, Annali 4*, Einaudi, Torino 1981
- Anfosso L., *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati*, UTET, Torino 1905
- Arcy Gay nazionale (a cura di), *Omosessuali e stato*, Cassero, Bologna 1998
- Arru A. (a cura di), *La costruzione dell'identità maschile nell'età moderna e contemporanea*, Biblink, Roma 2001
- Babini V.P. et al., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982
- Babini V.P., *Liberi tutti*, il Mulino, Bologna 2009
- Baraldini L., *Della pellagra, del grano turco quale causa precipua di quella malattia e dei mezzi per arrestarla*, in «Annali Universali di medicina», 1845
- Barbagli M., *Sotto lo stesso tetto*, il Mulino, Bologna 1984
- Barbagli M., Kertzer D. (a cura di), *Storia della famiglia italiana*, il Mulino, Bologna 1992
- Barbagli M. et al., *Sociologia della devianza*, il Mulino, Bologna 2003
- Basaglia F., *L'Istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968
- Basaglia F., *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971
- Basaglia F., Ongaro Basaglia F., *Che cos'è la psichiatria?: discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Einaudi, Torino 1981
- Bauman Z., Vecchi B. (a cura di), *Intervista sull'identità*, Laterza, Roma-Bari 2003

- Bellassai S., Malatesta M. (a cura di), *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, Bulzoni, Roma 2000
- Benadusi L., *Il nemico dell'uomo nuovo*, Feltrinelli, Milano 2005
- Benassi G., *Sull'interpretazione clinica e sulla valutazione medico-legale di una particolare sindrome nervosa di guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1920
- Bennati N., *La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1915
- Bennati N., *La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916-1917
- Berger P.L., Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna 1996
- Bergerac C. de, *Il pedante gabbato*, Rizzoli, Milano 2003
- Betri M.L., *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859)*, in *Storia d'Italia, Annali 7*, Einaudi, Torino 1984
- Bianchi B., *Predisposizione, commozione o emozione? Natura e terapia delle neuropsicosi di guerra*, in «Movimento Operaio e Socialista», 3, 1983
- Bianchi B., *Esperienza di violenza e di oppressione nelle testimonianze dei soldati accolti in manicomio*, in «Protagonisti», 33, 1988
- Bianchi B., *Crescere in tempo di guerra*, Cafoscarina, Venezia 1995
- Bianchi B., *La rottura del principio di autorità: la diserzione nell'esercito italiano*, in «Ricerche Storiche», 3, 1997
- Bianchi B., *La follia e la fuga*, Bulzoni, Roma 2001
- Bianchi V., *L'anima del soldato sul campo di battaglia*, in «Rivista di Psichiatria», 1916
- Bianco M.L., *Classi e reti sociali*, il Mulino, Bologna 1996
- Biondi A., *Aspetti della cultura cattolica post-tridentina. Religione e controllo sociale*, in *Storia d'Italia, Annali 4*, Einaudi, Torino 1984
- Blake W., *Visioni*, Mondadori, Milano 1994
- Bonella A.L., Pastina N., Sibbio R. (a cura di), *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'archivio storico (secc. XVI-XX)*, Dedalo, Bari 2003
- Borges J.L., *Altre inquisizioni*, Feltrinelli, Milano 1997
- Boschi G., *Per una "medicina di guerra" come specialità*, in «Giornale di Medicina Militare», 1916
- Boschi G., *La guerra e le arti sanitarie*, Verona 1931

- Bracalini R., *Otto milioni di biciclette*, Mondadori, Milano 2007
- Bravo A., Pelaja M., Scaraffia L., Pescarolo A., *Storia sociale delle donne nell'età contemporanea*, Laterza, Roma-Bari 2001
- Büchner G., *Woyzeck*, Marsilio, Venezia 2003
- Bukowski C.H., *Storie di ordinaria follia*, Feltrinelli, Milano 2007
- Bunker E.C., *Educazione di una canaglia*, Einaudi, Torino 2000
- Buttafuoco A., «Per insofferenza di freno e per miseria». *Discole, vagabonde e prostitute dall'asilo Mariuccia di Milano*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Buzzati D., *Il deserto dei Tartari*, Mondadori, Milano 1995
- Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979
- Canosa R., *Sesso e stato: devianza sessuale e interventi istituzionali nell'Ottocento*, Mazzotta, Milano 1981
- Caracciolo A., *Roma capitale: dal Risorgimento alla crisi dello Stato liberale*, Editori Riuniti, Roma 1993
- Cassese S., *Giolittismo e burocrazia nella «cultura delle riviste»*, in *Storia d'Italia*, Annali 4, Einaudi, Torino 1984
- Cassinelli B., *Storia della pazzia*, Corbaccio, Milano 1952
- Castel R., *L'ordine psichiatrico : l'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980
- Catucci S., *Introduzione a Foucault*, Laterza, Roma-Bari 2000
- Cavani L. (regia di), *Il portiere di notte*, Italia 1974
- Cazzamalli F., *Il delirio sensoriale di guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1919
- Celestini A., *La pecora nera. Elogio funebre del manicomio elettrico*, Einaudi, Torino 2006
- Cèline L.F., *Viaggio al termine della notte*, Corbaccio, Milano 1992
- Cervantes M. de, *Don Chisciotte de la Mancia*, Mondadori, Milano 1991
- Chabod F., *L'Italia contemporanea*, Einaudi, Torino 1997
- Čechov A., *La corsia n. 6*, Editori Riuniti, Roma 1986
- Cherubini A., *Storia della previdenza sociale*, Editori Riuniti, Roma 1977
- Chiades A., *In attesa del Re. Storie di follia durante la grande guerra*, Treviso 1984

- Cipolla C.M., *I pidocchi e il granduca*, il Mulino, Bologna 2004
- Cipolla C.M., *Miasmi e umori*, il Mulino, Bologna 2004
- Cipolla C.M., *Cristofano e la peste*, il Mulino, Bologna 2004
- Cirese A.M., *Culture egemonica e culture subalterne. Rassegna degli studi sul mondo popolare*, Palombo, Palermo 1973
- Cogliano A. (a cura di), Marturano G., *Memorie di una famiglia comune*, Edizioni Quaderni Irpini, Geusaldo (Av) 1997
- Coleman J., *Fondamenti di teoria sociale*, il Mulino, Bologna 2005
- Comando del Corpo di Stato Maggiore, Sezione Storica, *Bandi, ordinanze e proclami emanati durante la guerra italo-austriaca*, Vol. II, Stabilimento poligrafico per l'amministrazione della guerra, Roma, maggio 1919
- Comando della III Armata 12^a Sezione Informazione, *Diario di un ufficiale austriaco ignoto rinvenuto sul campo di battaglia*, a cura di B. Bianchi, in «Ricerche Storiche», 2-3, 1992
- Condò L. et al., *Modelli, giudizi e pregiudizi. Materiali per una storia di fine secolo*, Dipartimento di storia moderna e contemporanea – Facoltà di Lettere e Filosofia – Università degli studi di Roma “La Sapienza”, Roma 2000
- Connell R.W., *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano 1996
- Consiglio P., *Nota sulle neurosi e psicosi dei militari in guerra*, in «Giornale di Medicina Militare», 1912
- Consiglio P., *Studi di psichiatria militare*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1912
- Consiglio P., *Neurosi e psicosi in guerra*, in «Giornale di Medicina Militare», 1913
- Consiglio P., *La pretesa rieducazione dei militari pregiudicati*, in «Rivista di Psichiatria», 1913
- Consiglio P., *Studi di psichiatria militare*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1913
- Consiglio P., *Nota sulle neurosi e psicosi dei militari in guerra*, in «Giornale di Medicina Militare», 1914
- Consiglio P., *Studi di psichiatria militare*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1914
- Consiglio P., *Il servizio neuropsichiatrico di guerra in Italia*, Atti per la III conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra, Roma 12-17 ottobre 1919

- Consiglio P., *Studi di psichiatria militare*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1915
- Cosmacini G., *Problemi medico-biologici e concezione materialistica nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Storia d'Italia*, Annali 3, Einaudi, Torino 1980
- Cosmacini G., *Medicina, ideologie, filosofie nel pensiero dei clinici tra Ottocento e Novecento*, in *Storia d'Italia*, Annali 4, Einaudi, Torino 1981
- Cosmacini G., *Scienza e ideologia nella medicina del Novecento: dalla scienza egemone alla scienza ancillare*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Cosmacini G., *Il medico e il cardinale*, ESR, Milano 2009
- Cuomo F., *I dieci*, Bompiani, Milano 2005
- Dal Lago A., Quadrelli E., *La città e le ombre*, Feltrinelli, Milano 2003
- Daniele P., *Je sò pazzo*, EMI Italiana, 1979
- Darabont F. (regia di), *Le ali della libertà*, USA 1994
- De Bernardi A. et al., *Tempo e catene. Manicomi, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980
- De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1981
- De Bernardi A., *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- De Clementi A., *Nuovi orientamenti in tema di composizione di classe e conflitti sociali nel primo ventennio del Novecento*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- De Lauretis T., *Sui generi. Scritti di teoria femminista*, Feltrinelli, Milano 1996
- Del Boca A., *Manicomi come lager*, Ed. dell'Albero, Torino 1966
- De Leonardis O., *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Feltrinelli, Milano 1990
- Del Rio M., *Le malattie mentali della donna in rapporto alla grande guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1917
- De Martino E., *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano 1996
- De Peri F., *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico, e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984

- De Sanctis S., *L'isterismo di guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916-1917
- Deti T., *Medicina, democrazia e socialismo in Italia fra Ottocento e Novecento*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Dörner K., *Il borghese e il folle: storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari 1975
- Dosi G., *Il mostro e il detective*, Vallecchi, Firenze 1973
- Douglas M., *Come pensano le istituzioni*, il Mulino, Bologna 1990
- Duby G., Perrot M., *Storia delle donne – Il novecento*, Laterza, Roma-Bari 2003
- Durkheim E., *La divisione del lavoro sociale*, Comunità, Milano 1962
- Fabi L., *Il corrigendo esemplare. Internamento, disciplina, condizioni di vita in un'istituzione correzionale del diciannovesimo secolo*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Fabrizi G., *Per i militari degenerati extrasociali*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916-1917
- Farolfi B., *Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908)*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Fedeli Bernardini F., Iaria A., Bonfigli A. (a cura di), *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale dei pazzi dai papi al Novecento*, Dedalo, Bari 2003
- Fedeli Bernardini F. (a cura di), *Tratti e [ri]tratti di un manicomio*, De Luca, Roma 2003
- Ferrante L. et al. (a cura di), *Ragnatele di rapporti. Patronage e reti di relazione nella storia delle donne*, Rosenberg&Sellier, Torino 1988
- Ferrari G.C., *Osservazioni psicologiche sui feriti della nostra guerra*, in «Rivista di Psichiatria», 1915
- Ferrari G.C., *Il morale del soldato italiano in campo*, in «Rivista di Psichiatria», 1916
- Ferro F.M., *Passioni della mente e della storia*, Vita e Pensiero, Milano 1989
- Finzi R., *Prospettive di ricerca sulla pellagra*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Fiorino V., *Matti, indemoniate e vagabondi*, Marsilio, Venezia 2002
- Forcella E., Monticone A., *Plotone d'esecuzione*, Laterza, Roma-Bari 1972
- Forman M. (regia di), *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Artwork, USA

1975

Forti Messina A.L., *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984

Foucault M., *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993

Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1998

Foucault M., *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano 1999

Foucault M., *Gli anormali*, Feltrinelli, Milano 2000

Foucault M., *Io Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...: un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino 2000

Foucault M., *L'archeologia del sapere*, Rizzoli, Milano 2006

Foucault M., Dalla Vigna P. (a cura di), *Poteri e strategie*, Mimesis, Milano 2005

Frascani P., *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984

Frescura A., *Diario di un imboscato*, Cappelli, Bologna 1921

Freud S., *Due Masse artificiali: la chiesa e l'esercito*, in *Opere*, IX, Einaudi, Torino 1977

Freud S., *Introduzione a "Psicoanalisi delle nevrosi di guerra"*, in *Opere*, IX, Einaudi, Torino 1977

Freud S., *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, IX, Einaudi, Torino 1977

Funaioli G., *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1911

Fussell P., *La Grande Guerra e la memoria moderna*, il Mulino, Bologna 2000

Ganapini L., *Provvedimenti della pietà e della scienza. Il civico frenocomio di Trieste 1908-1914*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980

Gattei G., *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "venere politica"*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984

Gemelli A., *Folklore di guerra*, in «Vita e Pensiero», Milano 1917

Gemelli A., *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano 1917

Gemelli A., *Il nostro soldato*, in «Vita e Pensiero», Milano 1917

Gentile E., *Il culto del littorio*, Laterza, Roma-Bari 1993

- Gentile E., *La via italiana al totalitarismo*, Carocci, Roma 2001
- Gentile E., *Fascismo: storia e interpretazione*, Laterza, Roma-Bari 2003
- Giannelli A., *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Tip. Cecchini, Roma 1905
- Giannelli A., *Il nuovo ospedale provinciale "S. Maria della Pietà"*, Tip. Ospedale S. Maria della Pietà, Roma 1937
- Giannuli F., *Sull'epilessia traumatica diretta*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1917
- Gibelli A., *Emarginati e classi lavoratrici: le ragioni di un nodo storiografico*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Gibelli A., *Guerra e follia*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Gibelli A., *La guerra laboratorio: eserciti e igiene sociale verso la guerra totale*, in «Movimento Operaio e Socialista», 3, 1983
- Gibelli A., *Predisposizione, commozione o emozione? Natura e terapia delle neurosi di guerra*, in «Movimento Operaio e Socialista», 3, 1983
- Gibelli A., *La I guerra mondiale*, Loescher, 1994
- Gibelli A., *L'officina della guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 1998
- Gibelli A., *La grande guerra degli italiani*, Sansoni, Milano 1999
- Gilbert M., *La grande storia della prima guerra mondiale*, Milano 1994
- Giovannini P., *La psichiatria italiana e la grande guerra*, in «Sanità, Scienza e Storia», 1, 1987
- Giovannini P., *Psichiatria e criminalità nella prima guerra mondiale*, in «Storia e problemi contemporanei», 1-2, 1988
- Goffman E., *Asylums: le istituzioni totali: la condizione dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 2001
- Goffman E., *Stigma: l'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003
- Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna 2006
- Goretti G., Giartosio T., *La città e l'isola*, Donzelli, Torino 2006
- Geremek B., *La pietà e la forza*, Laterza, Roma-Bari 1986
- Geremek B., *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII)*, in *Storia d'Italia*, Annali 5, Einaudi, Torino 1973
- Groppi A., *I conservatori della virtù*, Laterza, Roma-Bari 1994
- Groppi A., *Il welfare prima del welfare*, Viella, Roma 2010

- Guarnieri P., *Individualità difformi*, Franco Angeli, Milano 1986
- Guarnieri P., *L'ammazzabambini*, Einaudi, Torino 1988
- Guarnieri P., *La storia della psichiatria : un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991
- Guicciardi G., *Della misura della capacità civile negli imbecilli superiori*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1917
- Guidi L. et al. (a cura di), *Storia e paure. Immaginario collettivo, riti e rappresentazioni della paura in età moderna*, Franco Angeli, Milano 1992
- Gundle S., *Figure del desiderio*, Laterza, Roma-Bari 2009
- Harendt H., *La banalità del male*, Feltrinelli, Milano 2001
- Héritier F., *Sulla violenza*, Meltemi, Roma 1997
- Héritier F., *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari 2000
- Hobsbawm E.J., *Il secolo breve*, Rizzoli, Milano 1995
- Howlett M., *Come studiare le politiche pubbliche*, il Mulino, Bologna 1995
- Iaria A., Losavio T., Martelli P. (a cura di), *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma*, Dedalo, Bari 2003
- Isnenghi M., *I vinti di Caporetto*, Marsilio, Padova 1967
- Isnenghi M., *Il mito della Grande Guerra*, Bari 1973
- Isola I., *Del trattamento razionale del mutismo e sordo-mutismo isterico*, in «Quaderni di Psichiatria», 1917
- Israel G., *Scienza e razza nell'Italia fascista*, il Mulino, Bologna 1998
- Jemolo A.C., *Chiesa e stato in Italia*, Einaudi, Torino 1997
- Jocteau G.C., *Le origini della legislazione sociale in Italia*, in «Movimento Operaio e Socialista», 2, 1982
- Kafka F., *Il processo*, Feltrinelli, Milano 1995
- Kesey K., *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Rizzoli, Milano 1976
- Stephen K., *Stagioni diverse*, Sterling & Kupfer, Mondadori, Milano 1987
- Laing R.D., *Normalità e follia nella famiglia*, Einaudi, Torino 1970
- Lanzavecchia P., Lingua P., Sinigaglia G., *La popolazione manicomiale di Alessandria nella seconda metà dell'Ottocento*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Leed E.J., *Terra di nessuno*, il Mulino, Bologna 2001

- Lemert E., *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffr , Milano 1981
- Leoni D., Zadra C., *I ruoli sconvolti: donne e famiglia a Volano nel Trentino durante la guerra del Quindici*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Leoni D., Zadra C. (a cura di), *La Grande Guerra, Esperienze, memorie, immagini*, il Mulino, Bologna 1986
- Lepre S., *Le difficolt  dell'assistenza*, Bulzoni, Roma 1988
- Levi Della Torre S., *Zone di turbolenza*, Feltrinelli, Milano 2003
- Lonni A., *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Lucarelli C., Picozzi M., *Serial Killer*, Mondadori, Milano 2003
- Lussu E., *Un anno sull'altipiano*, Einaudi, Torino 1995
- Magherini G., Biotti V., *Un luogo della citt  per la custodia dei pazzi*, Le Lettere, Firenze 1997
- Marinetti F.T., *Come si seducono le donne*, Excelsior, Milano 1918
- Martini G., *La simulazione della pazzia nei militari*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1919
- Martini G., *La simulazione della pazzia nei militari*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1920
- Matza D., *Come si diventa devianti*, il Mulino, Bologna 1976
- Mayer A.J., *Il potere dell'Ancien Régime fino alla prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1994
- Mc Grath P., *Follia*, Adelphi, Milano 2000
- Mc Laren A., *Gentiluomini e canaglie. L'identit  maschile tra Otto e Novecento*, Carocci, Roma 1999
- Mendicini A., *Sulla cura delle cosiddette contratture e paralisi traumatiche di origine riflessa*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916-1917
- Merini A., *L'altra verit : diario di una diversa*, Scheiwiller, Milano 1986
- Merini A., *La terra santa : 1980-1987*, Scheiwiller, Milano 1996
- Milgram S., *Obbedienza all'autorit *, Einaudi, Torino 2003
- Millett N., Passerini L., *Fuori della norma*, Rosenberg & Sellier, Torino 2007

- Ministero della Guerra, *Regolamento del servizio sanitario militare territoriale del 24/12/1903*, Voghera Enrico, Editore del Giornale Militare ufficiale, Roma 1904
- Minuz F., *Le sedi di apprendimento della pratica psichiatrica*, in «Sanità, Scienza e Storia», 1985
- Morselli A., *Accertamento ed applicazione dei convulsioni in zona di guerra*, in «Quaderni di Psichiatria», 1918
- Mosse G.L., *La nazionalizzazione delle masse*, il Mulino, Bologna 1996
- Mosse G.L., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997
- Neri G.S., *Goffman oltre Goffman*, Bibliosofica, Roma 2002
- Nicola P., *Snidare l'anormale*, in «Rivista di Storia Contemporanea», XVI, 1, 1987
- Nietzsche F., *Al di là del bene e del male*, Adelphi, Milano 2008
- Pallotta A., *Scene da un manicomio*, Magi, Roma 2004
- Panseri G., *La nascita della polizia medica*, in *Storia d'Italia*, Annali 3, Einaudi, Torino 1980
- Panseri G., *Il medico: note su un intellettuale scientifico italiano nell'Ottocento*, in *Storia d'Italia*, Annali 4, Einaudi, Torino 1981
- Pasi A., Sorcinelli P. (a cura di), *Amori e trasgressioni*, Dedalo, Bari 1995
- Pastore A., *Sulle trasformazioni del ruolo del medico nell'Italia dell'Ottocento*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Pastore A., *Strutture assistenziali fra Chiesa e Stati nell'Italia della Controriforma*, in *Storia d'Italia*, Annali 9, Einaudi, Torino 1986
- Pastore A., Sorcinelli P. (a cura di), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, Franco Angeli, Milano 1990
- Pelaja M., *Matrimonio e sessualità a Roma nell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 1994
- Pelaja M., Scaraffia L., *Due in una carne*, Laterza, Roma-Bari 2008
- Pellacani G., *Le neuropatie emotive e le psiconevrosi nei combattenti*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1919
- Peloso P.F., *La guerra dentro*, Ombre Corte, Verona 2008
- Piccialuti Caprioli M., *La carità come metodo di governo: istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Giappichelli, Torino 1994
- Pick D., *Volte della degenerazione*, La Nuova Italia, Firenze 1999

- Piccone Stella S., Saraceno C., *La costruzione sociale del maschile e del femminile*, il Mulino, Bologna 2000
- Pighini G., *Contributo alla clinica e patogenesi delle «psiconevrosi emotive» osservate al fronte*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916
- Pisanelli P. (regia di), *Liberi!*, Big Sur-Cinema del reale, Italia 2007
- Pisanty V., *La difesa della razza*, Bompiani, Milano 2006
- Piselli F. (a cura di), *Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali*, Donzelli, Roma 1995
- Pogliano C., *L'utopia igienista*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Portelli A., *L'ordine è già stato eseguito*, Donzelli, Roma 2001
- Porter R., *Storia sociale della follia*, Garzanti, Milano 1991
- Preti D., *La lotta antitubercolare nell'Italia fascista*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Preti D., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Procacci G., *Dalla rassegnazione alla rivolta*, Bulzoni, Roma 1999
- Procacci G., *Soldati e prigionieri italiani nella grande guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2000
- Pullan B., *Poveri, mendicanti e vagabondi*, in *Storia d'Italia*, Annali 1, Einaudi, Torino 1978
- Putnam R., *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano 1993
- Quaini M., *Il modello panoptico nel primo manicomio di Genova*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Remarque E.M., *Niente di nuovo sul fronte occidentale*, Mondadori, Milano 1989
- Ricca A.G., *Corpi d'eccezione*, Filema, Napoli 2006
- Riva A., Viganò L., *Un delitto al giorno*, Baldini & Castoldi, Milano 1994
- Riva E., *Contributo alla clinica e patogenesi delle «psiconevrosi emotive»*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916
- Riva E., *Un anno di servizio presso il Centro Psichiatrico Militare della Zona di Guerra*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1919
- Rizzo R., *Gli spazi della morale: buon costume e ordine delle famiglie in Italia in età liberale*, Biblink, Roma 2004

- Romano F., *Laura Malipiero strega*, Meltemi, Roma 1996
- Romano F., *I folli*, Meltemi, Roma 2001
- Roscioni L., *Il governo della follia*, Mondadori, Milano 2003
- Roscioni L., *Lo smemorato di Collegno*, Einaudi, Torino 2007
- Rossi M., *Discoli e vagabondi in Liguria nella prima metà del secolo XIX*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Rossini G., Donati P. (a cura di), *Welfare State*, Franco Angeli, Milano 1985
- Sacerdote A., *Sulla valutazione medico-legale delle psicopatie militari*, in «Giornale di Medicina Militare», 1917
- Sacks O., *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano 1986
- Sacks O., *Risvegli*, Adelphi, Milano 1990
- Sacks O., *Vedere voci*, Adelphi, Milano 2001
- Santi G., *Tornare a vivere. Entrare fuori, uscire dentro*, Petrucci, Città di Castello 2000
- Scartabellati A., *L'umanità inutile. La questione follia in Italia tra Ottocento e inizio Novecento e il caso del manicomio provinciale di Cremona*, Franco Angeli, Milano 2001
- Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio: esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008
- Schelling T.C., *Micromotivazioni della vita quotidiana*, Bompiani, Milano 2006
- Schnitzler A., *E un tempo tornerà la pace*, Feltrinelli, Milano 1982
- Scola E. (regia di), *Una giornata particolare*, Italia 1977
- Scott J., *L'analisi delle reti sociali*, Carocci, Roma 2003
- Scotti A., *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984
- Servizio Neuro-psichiatrico di guerra, *Relazione sommaria sul funzionamento del servizio sanitario militare durante la guerra italo-austriaca*, [s.l.d.]
- Shorter E., *Storia della psichiatria: dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano 2000
- Socrate F., *Autoritratto dell'Ottocento*, Biblink, Roma 2003

- Sorcinelli P., *La follia della guerra. Storie dal manicomio degli anni '40*, Franco Angeli, Milano 1992
- Sorcinelli P., *Una storia da manicomio*, Mondadori, Milano 2008
- Spitzer L., *Lettere di prigionieri di guerra italiani 1915-1918*, Boringhieri, Torino 1976
- Stefani G., *Colonia per maschi, Ombre corte*, Verona 2007
- Stok F., *La formazione della psichiatria italiana*, Il pensiero scientifico, Roma 1981
- Strindberg A., *L'autodifesa di un folle*, Mursia, Milano 1990
- Summerscale K., *Omicidio a Road Hill House*, Einaudi, Torino 2008
- Tamburini A., *L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1902
- Tamburini A., *L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1916
- Taviani E., *Il regime anarchico nel bene. La beneficenza romana tra conservazione e riforma*, Franco Angeli, Milano 2000
- Tobino M., *Le donne di Magliano*, Mondadori, Milano 1963
- Todeschini G., *Visibilmente crudeli*, il Mulino, Bologna 2007
- Tomassini S., *Storia avventurosa della repubblica romana*, Il Saggiatore, Milano 2008
- Tornabene M., *La guerra dei matti*, Araba Fenice, Boves 2007
- Tregenza M., *Purificare e distruggere*, Ombre Corte, Verona 2006
- Ufficio d'informazioni e indicatore della beneficenza, *Guida alla beneficenza in Roma*, Tip. Unione Cooperativa Editrice, Roma 1907
- Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, *Diari prima guerra mondiale, 151/D, vol.28g, Relazione sull'opera sanitaria svolta dal 1915 al 1918: servizio neuro-psichiatrico*
- Vidotto V., *Roma moderna*, Laterza, Roma-Bari 2001
- Vigny A. de, *Servitù e grandezza della vita militare*, Fazi, Roma 1996
- Villa R., *Pazzi e criminali: strutture istituzionali e pratica psichiatrica nei manicomi criminali italiani (1876-1915)*, in «Movimento Operaio e Socialista», 4, 1980
- Villa R., *Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984

Villa R., *Il deviante e i suoi segni: Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Franco Angeli, Milano 1985

Wanroij B., *Storia del pudore*, Marsilio, Venezia 1990

Zilboorg G., *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1963

Zimbardo P., *L'effetto Lucifero*, Cortina, Milano 2008

Elenco delle fonti e delle abbreviazioni

ACS	Archivio Centrale dello Stato, Roma
CPC	Casellario Politico Centrale
ASMP	Archivio Santa Maria della Pietà
ADS	Archivio Direzione Sanitaria
Cartelle Cliniche	Documentazione Sanitaria, Cartelle Cliniche
USSME	Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito.

