



Dalla parte dell' Uomo

Rivista Trimestrale

gennaio 2012

n° 5

Direttore: Paolo Cardoso

Direttore responsabile: Maurizio Gori

Comitato di Redazione: Paolo Cardoso
Maurizio Gori
Andrea Maio
Lucia Mattesini
Maddalena Poneti



Il manicomio, asilo ed esclusione

Documenti del convegno del 19 novembre 2011



1

¹ Archivio fotografico della Regione Toscana. Fotografia di Lorenza Viola Savarese, 2006



Indice

<i>Presentazione</i> Paolo Cardoso, Presidente Erich Fromm Firenze	<i>p. 4</i>
<i>La storia del manicomio</i> <i>Organizzazione sociale e governo della follia</i> Carlo Catagni	<i>p. 5</i>
<i>San Salvi persone e luoghi del manicomio</i> Costanza Lanzara - Alessandro Restivo	<i>p. 21</i>
<i>Il manicomio di Volterra: una memoria da preservare</i> Angelo Lippi – Francesco Zellini	<i>p. 35</i>
<i>Cronache manicomiali</i> Elena Zago	<i>p. 42</i>



Presentazione

Paolo Cardoso, Presidente Associazione Erich Fromm

L'Associazione Erich Fromm Firenze ha voluto organizzare questo convegno, sia per fare un po' di storia sulla nascita dei manicomi e degli ospedali psichiatrici giudiziari, sia per fare un po' il punto di quelli che ancora operano.

Abbiamo chiesto che le relazioni fossero accompagnate da una documentazione fotografica e audiovisiva, affinché ci si potesse rendere meglio conto di che cosa erano e di che cosa sono.²

Le parole spesso non sufficienti a descrivere la tristezza che regnava, e ancora regna, in questi istituti.

Come sempre ci proponiamo, nei nostri incontri, di stimolare l'interesse ad approfondire dei lettori, e speriamo di esserci riusciti anche questa volta.

E' di questi giorni la Legge che chiude definitivamente gli OPG. Il che ci sembra pur sempre un grande passo dopo la L.180.

Ci auguriamo che i servizi del territorio sia in grado e sappiano rispondere a questa nuova sfida, il che, purtroppo, non sempre accade con l'attuazione della L.180.

² La documentazione fotografica e audiovisiva è consultabile presso la Fondazione Sistema Toscana – Mediateca



La storia del manicomio.

Organizzazione sociale e governo della follia

Carlo Catagni

In epoche antiche, laddove la struttura sociale (famiglia, clan, gruppo tribale, feudo, ecc.) era intatta e fortemente integrata, essa si assumeva il carico dei suoi alienati e risolveva il problema al proprio interno, con i mezzi a sua disposizione. In questi contesti l'interpretazione delle cause della follia oscillava tra "organicismo" e "spiritualismo". Cioè tra tentativi di assimilazione alle malattie somatiche (la "perversione degli umori" di Greci e Romani) e relativa codificazione di interventi medici quali il salasso, gli emetici, le purghe e l'utilizzo di sostanze quali la belladonna, l'elleboro, l'oppio, che sarebbero state utilizzate quasi fino ai giorni nostri e la convinzione, presente in tutte le culture, di un'origine prevalentemente o esclusivamente "spirituale": violazione di un tabù, possessione demoniaca, maleficio, ecc.. In questo caso gli interventi erano affidati all'esorcista e alla comunità intera in quanto la cura si proponeva sia la "guarigione" del malato che la sua purificazione, che ne permetteva il reinserimento nella comunità.

Alla fine del Medioevo il modello sociale precedente subisce radicali trasformazioni: la famiglia ed i gruppi sociali intermedi si aprono agli stati nazionali, il principio della divisione sociale del lavoro si dilata fino a comprendere tutta la società. Ne consegue che il margine dei comportamenti ritenuti "normali" si condensa attorno al concetto di "utilità" e di "bene comune" e la tolleranza per i comportamenti devianti tende a restringersi notevolmente.

La divisione del lavoro si organizza attraverso due direttrici distinte, ma parallele: da un lato si emarginano dalla collettività coloro che non si integrano, non riuscendo ad assumere un ruolo produttivo, dall'altro si apprestano spazi speciali per gli emarginati, gestiti da persone investite di questo compito in maniera professionale.

Nasce così l'Asilo, luogo di internamento dei mendicanti, vagabondi, invalidi, pazzi, malati incurabili, ecc.. In questi ospizi trova coattivamente rifugio la follia "povera", indifferenziata con le altre forme reclusi di devianza, non curata, ma soltanto punita, alla stessa stregua delle altre.

Nel 1575 un Act di Elisabetta I prescrive la costruzione in ogni contea di una *House of correction*, per la "punizione dei vagabondi e il sollievo dei poveri".



Nel 1656 a Parigi viene fondato l'Hôpital Général che, nonostante il suo nome, non è un'istituzione medica ma puramente amministrativa, che cumula in sé tutti i poteri sulle persone recluse al suo interno.

Delle molteplici ipotesi formulate per spiegare il grande internamento degli albori della società borghese, la più suggestiva sostiene che questo potesse servire a regolare il nascente mercato del lavoro, instillando nei sudditi lo spirito di disciplina, elemento fondamentale per ottenere quei comportamenti "certi e prevedibili" indispensabili al regolare svolgimento della vita collettiva.

Sotto questo punto di vista la follia viene a costituire l'espressione massima di un comportamento sociale incerto e imprevedibile.

Altro aspetto da sottolineare, per comprendere la dimensione del controllo sociale attuata con la costruzione dell'Asilo, è la constatazione che esso non è fatto per i membri delle classi dominanti. Vi si trovano infatti categorie socialmente diverse e distinte le une dalle altre (vagabondi, mendicanti, folli, ecc.), ma tutte unificate dalla comune dimensione di "povertà".

In ogni caso, indipendentemente dalle complesse ragioni originarie di tale scelta, la realtà ci indica che, parallelamente alla nascita delle società borghesi, dai secoli XVII, XVIII in poi, la risposta sociale alla follia è costituita dall'internamento in un Asilo apposito, affidato alla professione medica e di fatto sottratto ad ogni controllo della collettività da cui esso stesso promana.

L'internamento, ultimo arrivato sulla scena della risposta sociale alla follia, vi acquista immediatamente un ruolo predominante, sia rispetto al malato mentale che alla sua "cura" e ai suoi curanti.

Da quel momento in avanti sarà lo stigma asilare a divenire il principale strumento identificativo del folle. Folle, infatti, non è tanto colui che compie stranezze, ma colui che è stato od è o "si accinge ad essere" ricoverato in manicomio.

Analogamente è l'internamento che "crea" psichiatria e psichiatri (non è un caso se i dizionari indicano la nascita di questi termini nei primi decenni dell'Ottocento) che si identificano come coloro che, occupandosi dei folli ricoverati in manicomio, di fatto "gestiscono la coazione dei ricoveri".

Dal momento inoltre che l'internamento non è fondato solo sulla presenza della malattia mentale, ma soprattutto sulla "pericolosità sociale" del folle, lo psichiatra



d'ora in avanti sarà avvicinato a coloro che si occupano di soggetti socialmente pericolosi come poliziotti, giudici ecc., e verrà invitato ad essere il più attento possibile alle conseguenze pericolose di “affrettate” dimissioni dei pazienti dall'Asilo.

Vediamo pertanto con chiarezza come, con la costruzione dell'Asilo, la medicina della follia si distacchi nettamente dalla medicina generale per aver accettato di gestire non la cura, ma *l'esclusione dei propri assistiti dalla comunità*, vale a dire un obiettivo tipico di una tecnica di controllo sociale.

Oggi una storia del manicomio consente di lasciare da parte il problema se la malattia mentale abbia una sociogenesi oppure una organogenesi o, al limite, se la malattia mentale esista o, come sostenuto in passato da qualcuno, addirittura non esista.

E' un fatto che per tutta la durata del periodo asilare la malattia mentale o meglio “colui che fa stranezze” è stato curato esclusivamente con la segregazione sociale.

La situazione manicomiale in Italia al momento dell'Unità

In Piemonte i primi ospizi per “pazzerelli” erano comparsi nel secolo XVIII. Nel 1728 Vittorio Amedeo II ordinava l'erezione di uno Spedale per pazzi e ne affidava la gestione alla Confraternita del SS. Sudario. Nel 1780 i ricoverati, dai cinquanta iniziali, superavano il numero di duecento e si rendeva necessaria la costruzione di un nuovo Ospedale alla cui edificazione parteciparono gli stessi ricoverati. Si legge infatti: “... furono occupati gli stessi dementi, riconosciuti per ciò capaci ... la Direzione ha motivo di lodarsi, sia perché sin qui non è accaduto il benché minimo inconveniente, sia perché con questo spediente si sarebbe ottenuto un positivo vantaggio sul prezzo della mano d'opera ...”

Nel 1834 il nuovo Ospedale appena terminato fu visitato da Esquirol che, lodando la spaziosità dell'edificio, fece rilevare come mancasse una sufficiente separazione tra reparti maschili e femminili, i locali non fossero sufficientemente illuminati e le latrine fossero tutt'altro che inodori.

Dal 1855 il Regio Manicomio venne trasferito presso la Certosa di Collegno, dove con opportuni ampliamenti furono creati mille nuovi posti di ricovero.



Milano

In Lombardia solo Milano aveva un Ospedale funzionante dal 1642 nel borgo di S. Vincenzo in Prato nel quale come scrive il Verga nel 1844 "... erano ricoverati tutti quei figli dell'Ospedal Grande i quali per vizi congeniti o acquisiti, per infermità o per vecchiaia non erano in grado di procurarsi una sussistenza con le proprie mani Tutto il personale sanitario e amministrativo era costituito da un fattore, il quale non badando che l'ospizio fosse consacrato ai poveri e ai furiosi del Ducato, riceveva pazzi forestieri di ogni qualità con iscapito di alcuni dei nostri che più avevano bisogno di sorveglianza e custodia Non vi si teneva regolare registro né di chi si ammalava, né di chi moriva Di molti ricoverati non si sapeva il nome e tutti erano distinti tra loro coi nomi vernacoli di locchi, mattocchi, tarlucchi (diversi gradi di idiozia o demenza), gangassati (rachitici) oppure con le appellazioni di storpiati, balordi, mezze bestie, spiritati (demoniaci), impiagati ... le quali appellazioni se non sono del dialetto milanese come le altre, sono però lontane dall'essere scientifiche."

Nel 1780 l'Imperatrice Maria Teresa ordinò che fosse aperta ai pazzi la Pia Casa della Senagra situata in aperta campagna ad oriente della città. Nella stessa relazione già citata Verga scrive "... Giace la Senagra in un terreno basso, uniformemente piano, tutto marcite e canali L'edificio è tutto guasto per l'umidità del terreno e per l'aria che lo circonda e l'interno a onta di mezzo secolo di riparazioni, è ancor pieno di difetti che paiono incorreggibili ..."

Nel 1820 la situazione era ancora la stessa e l'amministrazione, nel tentativo di risparmiare denaro, decise di riservare l'ammissione solo ai pazzi bisognosi di "dura" custodia e di dimettere i pazzi forestieri assieme agli imbecilli, epilettici e simili che furono restituiti alle famiglie.

Firenze

A Firenze i dementi "nei tempi andati" venivano ricoverati a S. M. Nuova, dove come dice il Portinari, in "vinculi detinebantur". In seguito si decise di inviarli alle carceri delle Stinche, se poveri, alla Fortezza da Basso, se agiati, ma data la ristrettezza dei locali in breve si tornò al luogo primitivo.

Nel 1688, in seguito all'uccisione di un medico da parte di un folle, fu apprestata una zona segregata di S. M. Nuova chiamata la Pazzeria ove i dementi erano affidati ad un giovane studente di chirurgia.



Nel 1750 il Granduca ordinava la costruzione di un manicomio nell'antico locale di S. Dorotea che si rivelò ben presto insufficiente, in sessanta stanze si trovavano più di cento degenti. Si provvide quindi alla attrezzatura di un nuovo ambiente che fu trovato nelle adiacenze del Conservatorio di S. Bonifacio e se ne affidò l'organizzazione a Vincenzo Chiarugi che nel 1778 redasse il regolamento e ne fu a lungo il direttore.

Nel 1891 fu inaugurato ufficialmente (la costruzione era iniziata nel 1887), alla periferia della città, nel quartiere di S. Salvi, il nuovo manicomio, intitolato a Vincenzo Chiarugi, figura di primo piano nell'ambito della psichiatria fra Settecento e Ottocento. L'ospedale di San Salvi sostituiva le storiche, ma ormai inadeguate strutture fiorentine. Il nuovo complesso fu progettato come luogo in grado di rispondere alle tendenze che emergevano nella psichiatria del tempo. In questo senso, risulta particolarmente interessante il rapporto che si delineò fra discipline medico-sanitarie e architettura manicomiale. In sostanza il progetto nacque da una stretta interazione fra il progettista (Giorgio Roster) e gli psichiatri (Tamburini, Grilli, Pellizzari). Ne derivò una struttura a villaggio, costituita cioè da vari padiglioni.

È interessante notare che gli edifici dell'ospedale furono distribuiti all'interno di un ellisse. Sull'asse maggiore, a ovest, si trovavano le strutture mediche maschili, mentre a est quelle femminili. Le due strutture erano collegate da corridoi terrazzati e gallerie sotterranee. I pazienti erano ospitati nei seguenti padiglioni: Tranquilli; Infermi e Paralitici; Semiagitati, Sudici ed Epilettici; Agitati; Pensionario; Sezione Piccoli Paganti.

Napoli

A Napoli nel 1760 i dementi venivano accolti nei locali dello Spedale Grande dove erano sottoposti, secondo quanto riferisce l'abate Richard, ad "una dieta così severa che arrivavano ad una tale magrezza da apparire piuttosto scheletri che uomini".

All'inizio dell'Ottocento fu costruito ad Aversa un nuovo manicomio che ben presto giunse a contenere 400 persone. Domenico Gualandi, che lo visitò nel 1823, così si esprime: "Come si può riguardare con indifferenza la piccolezza e la cattiva costruzione di quasi tutte le camere, gli usci delle quali sono malfatti e malsicuri, la imperfetta circolazione d'aria e di luce, il mefitismo delle fecce accumulate in comune nel mezzo delle camere, la poca cura nel vestiario, di rado ben accomodato alla stagione, la niuna sicurezza della coabitazione reciproca di molti, de' quali non è senza sospetto la tranquillità? Come si può non dire parole di disapprovazione riguardo all'orrido luogo destinato all'imprigionamento de' furiosi: giacciono essi per terra



durante il giorno e la notte, ignudi con un paglione a fianco, spesso infraducito e verminoso? Di essi non si prende cura che un pazzo più ebete che tranquillo, che è il loro medico e la loro guardia

Palermo

Il principale asilo psichiatrico della Sicilia era la Real Casa de' Matti di Palermo, che prima del 1825 ospitava anche tisici, scabbiosi e altri incurabili.

Nel 1827 il barone Pietro Pisani, allontanati gli altri pazienti non psichiatrici, redasse le "Istituzioni" per il funzionamento del manicomio che avrebbe raccolto degenti da tutta l'isola. Il tentativo fu quello di umanizzare il trattamento dei degenti, nel terzo capitolo delle "Istituzioni" il Pisani scrive: "Siccome sono proibite nello stabilimento le parole pazzo, folle, matto, così a quello di maestro dei matti, usato in tutte le case de' pazzi in Europa, si è sostituito il nome di soprintendente al servizio interno." Nonostante le intenzioni anche a Palermo nelle prassi curative e nell'approccio alla follia non ci si distaccava troppo dai metodi diffusi nel resto della penisola.

I trattamenti terapeutici

Il panorama dei trattamenti, sia pure con qualche caratteristica e differenza legate a particolarità locali, si presenta omogeneo e articolato sui due fronti del trattamento "morale" e "organico".

A Torino il trattamento morale consiste in: "passeggio nell'ombroso e vasto giardino, alcuni giochi come le bocce, la lettura di qualche libro adatto ...". Mentre quello organico prevede: "...le cacciate di sangue (salassi) nelle manie accompagnate da esaltato morboso eccitamento. Per calmare le esaltazioni cerebrali commenda sommamente efficaci l'applicazione di acqua ghiacciata sul corpo raso e più di tutto la pioggia artificiale".

A questi va aggiunto l'uso dell'olio di ricino o di terebentina, i purganti in genere e le ustioni alla nuca in caso di monomania.

Simile la situazione a Milano dove erano molto usati i bagni freddi e la camicia di forza, in compenso alla Senavra "...si diè mano alla cura morale dei pazzi aprendo loro nel carnevale alcune feste da ballo..."

Anche a Firenze al S. Bonifacio cura morale (lavoro, preghiera, ecc.) e cura organica (bagni, docce fredde, camicia di forza) si integravano come altrove.



Al S. Orsola di Bologna il prof D. Gualandi, per la parte “organica” della cura, prescriveva salassi, emetici, purganti, ecc., ma in particolare: “... hanno procurato eccellenti risultati le fredde docciature del capo nel tempo del bagno, il berretto di ghiaccio continuato per più giorni senza interruzione ... altrettanto si dica per le immersioni del corpo in acqua freddissima, asciugandolo poscia e ponendolo in letto tiepido, con tal mezzo si calmarono sovente i furiosi e vennero ricondotti a retta ragione ... Le orticazioni eseguite percuotendo il corpo con foglie dell’urtica urens sono un efficacissimo rivulsivo per molti inerti, ostinati, ipocondriaci, onanisti, isteriche e ninfomaniache.”

Per quanto riguarda la componente “morale” Gualandi scrive: “... la classe a cui appartengono gli ammalati e le finanze dello Stabilimento non permettono l’uso di svariati divertimenti. Persone miserabili e ignoranti hanno maggior bisogno di retto consiglio e di amoroso incoraggiamento che di quanto si riferisce a godimenti; i quali non farebbero altro che creare nuovi bisogni o desideri, da riuscire più dolorosa agli infermi la loro miserabile esistenza una volta tornati in salute”

Contemporaneamente in Europa...

Tale situazione, compresa la mancanza di una legislazione manicomiale nazionale in grado di unificare le normative preunitarie, rimane pressoché invariata in Italia per tutto il secolo XIX, mentre nel resto dell’Europa non solo le leggi vengono promulgate, in Francia nel 1838, in Inghilterra nel 1844, ma si elaborano nuovi modelli di architettura manicomiale e nuovi modelli di intervento terapeutico.

Nei manicomi di nuova costruzione in Europa si osserva la netta separazione dei sessi, la sala di osservazione separata, l’infermeria per le malattie comuni dei ricoverati, la divisione tra “curabili” ed “incurabili”.

Le differenze più significative riguardano specificamente le suddivisioni in relazione alla diversità di classificazione delle malattie e soprattutto i dormitori: mentre in Francia ed in Germania si utilizzano dei dormitori comuni, situati in edifici distanti gli uni dagli altri e collegati da gallerie, in Inghilterra si preferiscono le abitazioni individuali e si utilizzano le gallerie di collegamento come luoghi di soggiorno diurni.

Nuovi modelli di “cura” nascono in Inghilterra e in Scozia nell’ottica di eliminare nel trattamento del malato i mezzi coercitivi tradizionali e in alcuni casi anche gli asili chiusi e il divieto di abbandonare il luogo di ricovero.



Nel 1856 J. Connolly elabora la teoria del *no restraint* che prevedeva l'abolizione di qualunque strumento coercitivo meccanico e insisteva sul trattamento morale, mantenendo tuttavia l'isolamento e la recinzione dei manicomi; questa teoria conquista rapidamente il favore degli alienisti in Francia e in Germania, dove viene diffusamente utilizzata.

Negli stessi anni in Scozia si sperimentava il sistema dell'*open door*, fondato sul concetto di fare del manicomio un luogo di cura dove i malati si recassero spontaneamente e dove, come in ogni ospedale vi fosse libertà di movimento, compresa la libertà di uscire. Anche questo modello di asilo ebbe larga applicazione in Germania e in Francia ad opera di Marandon de Montyel.

In Italia si obiettava a queste novità (A. Raggi, 1899): "l'*open door* è la negazione di ogni cura, è l'abolizione di ogni qualsiasi provvedimento che possa essere opposto alle estrinsecazioni pericolose del pazzo ...".

Si spiegava poi che in Inghilterra, Scozia, America, "i pazzi non presentano quelle manifestazioni disordinate e pericolose come si avvera nelle regioni meridionali, per quella legge da tutti riconosciuta che la pazzia porta le impronte della tempra così degli individui e degli uomini, come dei tempi e dei luoghi in cui si manifesta."

La situazione psichiatrica

Abbiamo descritto la nascita del manicomio come "risposta sociale al problema della follia" e la nascita degli psichiatri come "medici delegati alla gestione dei folli", cerchiamo ora di domandarci che cosa fosse la follia per la medicina e per la nascente psichiatria.

Nascita degli Ospedali Psichiatrici

Philippe Pinel, formatosi attraverso la filosofia di Locke e di Condillac, studioso di Rousseau e dell'Empirismo inglese, considera la follia come un *disturbo dell'autocontrollo* che impedisce al soggetto di contenere le parti istintive della personalità; pertanto le energie istintive interne si liberano senza che la volontà riesca a controllarle, manifestandosi in eccessi di furore o di passività, di violenza verso se stesso o gli altri.

In relazione a questa ipotesi teorica egli studia metodicamente le passioni che, per poter essere analizzate meglio, devono essere libere di manifestarsi senza catene o ingerenze esterne.



Il Trattamento morale

La teoria di Pinel si ripercuote direttamente sui modelli di cura. Viene così elaborato il modello del “Trattamento morale”, che può essere considerato come una terapia psicologicamente orientata, rigidamente rieducativa, finalizzata a far riacquistare al malato la perduta volontà di padroneggiare istinti e passioni. Gli ammalati non devono più essere accolti nei comuni ospedali, insieme agli affetti da altre patologie, ma in ambienti costruiti *ad hoc*, i manicomi, dove possa regnare un ordine sereno e la vita del folle sia regolata e organizzata; dove medici e sorveglianti diano l'impressione della presenza costante dell'autorità, dove, infine, il lavoro fisico e regolare, in particolare quello agricolo, rieduchino al valore della proprietà, della condivisione del lavoro, della competitività: al punto che dal rendimento lavorativo viene dedotto il grado di miglioramento clinico.

Il manicomio come “luogo” riabilitativo

Nel 1840 F. Leuret, medico a Bicêtre, continuatore del lavoro di Pinel, pubblicava un trattato sulla pazzia nel quale il “Trattamento morale” veniva considerato il solo idoneo a guarire la malattia mentale. Egli, rifacendosi ai riscontri autoptici sui malati di mente, che solo raramente mettevano in evidenza danni o alterazioni encefaliche, affermava che la follia poteva sussistere indipendentemente da “vizio o affezione cerebrale” e che, quindi, nessuna delle alterazioni organiche riscontrate poteva considerarsi causa della stessa. Da questo derivava l'inutilità del ricorso a mezzi farmaceutici di cura e la necessità dell'impiego esclusivo del “Trattamento morale”: questo, di natura puramente psichica, non poteva che agire sugli attributi dello spirito e dell'immaterialità dell'animo, in modo dinamico e assai diverso dalle altre leggi regolanti l'organismo.

In Italia nasce e si afferma il modello organicista

Nella psichiatria italiana del periodo, invece, le ipotesi organicistiche del disturbo mentale sono forti e sostenute da tempo:

- nel 1780 Pietro Cornacchini aveva pubblicato a Siena un lavoro sulla pazzia nel quale ipotizzava che questa dipendesse da un indurimento del cervello;



- nello stesso anno Andrea Comparetti pubblicava a Venezia un'opera sulle malattie nervose nella quale esaminava i diversi sintomi che si potevano ricollegare alla lesione “di tale o tal ganglio, di tale o di tal nervo”;
- lo stesso Chiarugi (che nel regolamento del 1778, ritenendo che la follia avesse sede nel “fisico e nel morale”, stabiliva che la cura stessa “doveva essere fisica e morale insieme”) scriveva nel 1793 nel suo “Della pazzia in genere” che la pazzia era caratterizzata dalle seguenti condizioni: a) diuturnità del delirio, b) offesa primitiva dell'organo cerebrale, c) assenza di febbre primaria.

Verga, nel discorso per l'inaugurazione dell'anno psichiatrico 1873-74 all'Ospedale Maggiore di Milano, affermava che “ci si rende conto che la concezione della sede cerebrale della pazzia appare così radicata da doversi ritenere che, se il cervello non è in qualche modo sempre inserito formalmente in tutte le definizioni della pazzia, ciò avviene perché la cosa è ritenuta troppo evidente per essere bisognevole di dichiarazione”.

B. Monti nel 1847 affermava: “è vero che l'anatomia non è riuscita a determinare i veri e costanti rapporti tra date e determinate lesioni organiche e dati e determinati fenomeni o forme di malattie mentali, ma ciò è conseguenza della non sufficiente capacità de' sensi di conoscere tutti i modi dell'alterarsi de' nostri elementi organici”.

In Italia l'insistenza sulla localizzazione cerebrale come sede della pazzia percorre tutto il XIX secolo anche tutti si rendono conto che le lesioni possono non essere profonde e stabili.

Il rifiuto per ogni influenza “spirituale” sulla pazzia spinge addirittura ad audaci invenzioni per superare il problema di come “le emozioni, i patemi d'animo, le scosse morali” potessero agire come cause determinanti o scatenanti della follia.

Verga nel 1877 afferma che i “disordini della emotività” nascono e si sviluppano in relazione ai disturbi del senso e del moto che li accompagnano più come “affezioni del corpo” che come “affezioni dell'anima” e localizzati nella zona dell'encefalo che sta “tra la fine dei nervi sensori e il principio dei nervi motori”. Per risolvere inoltre il problema antico di come cause morali (quindi immateriali) possano agire sull'organismo non esita “rinfrescando un'antica opinione” a ipotizzare che le idee abbiano un corpo “piccolissimo e mobilissimo”, tale da costituire delle “molecole ideali” idonee a dar luogo a delle “cause encefaliche” o “cause centrali”.



Ulteriori consolidamenti dei convincimenti organicistici provenivano inoltre dalla commistione tra psichiatria e criminologia, si pensi per tutti a Cesare Lombroso estensore del metodo antropologico quantitativo “tutto pesi e misure”.

Lombroso e i suoi collaboratori pesavano gli alienati, ne misuravano la statura, la dimensione del cranio, valutavano l'assenza o presenza di calvizie, le caratteristiche della dentatura, della forma dell'orecchio, la presenza di eczemi, cisti, ernie, ecc., integrando questi dati con quelli della “vera psicologia, non già quella che si abbandona ai fragili vanti della metafisica, ma di quella che a stento e con lunga lena si racimola negli studi parziali degli umani prodotti colla linguistica, colla storia e coll'osservazione sopra noi stessi e i nostri simili”.

L'organicismo dilagante non permetteva di dedicare alcuno spazio alle teorie antropologiche che, al contrario si affacciavano in Europa, così come furono rapidamente eliminati i primi timidi tentativi di elaborare una teoria sociale.

A S. De Sanctis, che scriveva alla fine del secolo che non si poteva negare che “certe leggi sociali possono favorire lo sviluppo di forme nervose e mentali” e che “la legislazione del lavoro aveva quasi creato le nevrosi e le psicosi traumatiche”, rispondeva un coro unanime di eminenti alienisti impegnati nell'escludere qualunque responsabilità del modello sociale “borghese” nella patogenesi di qualunque forma mentale.

L'antipsicologismo, che costituiva dunque un elemento comune a tutto il pensiero psichiatrico italiano, può essere forse il motivo della buona accoglienza ottenuta dall'approccio Krepeliniano, fondato su una classificazione dei sintomi della malattia mentale su base naturalistica e biologica, col rigetto di ogni compromesso con la “filosofia”. Mentre anche in periodo pre-fascista le teorie psicoanalitiche ebbero scarsa risonanza nella nostra psichiatria.

Nella relazione di G. Modena al XVI Congresso della società italiana di freniatria (Roma, 1923) si legge: “ in dodici anni di sereno esame della letteratura psicoanalitica e di ricerca di casi guariti con la terapia di Freud non ho trovato nessuna prova sicura della utilità di questo metodo di cura: non credo che altri possano dimostrarmi il contrario ...”.

Negli anni successivi anche se qualcuno osò levare degli apprezzamenti, come Weiss “la psicoanalisi offre alla psichiatria una base psicologica che prima le mancava..” o M. Treves “ .. la psicoanalisi dà ottimi risultati non solo nell'isteria, ma anche nello studio



di tutte le malattie mentali..” fu il regime fascista a dare l'ostracismo all'approfondimento degli studi psicoanalitici.

Il XX secolo

L'inizio del novecento si caratterizza invece per altri motivi:

- il primo è costituito dal varo nel febbraio del 1904 della legge n° 36 “Norme sui manicomi e disposizioni per gli alienati”;
- il secondo dalla scoperta e utilizzo di nuovi presidi terapeutici;
- il terzo dal vertiginoso incremento dei ricoveri in manicomio.

La legge n° 36 “Norme sui manicomi e disposizioni sugli alienati”.

La legge 36 (e il relativo regolamento del 1909) furono leggi di pubblica sicurezza che:

- stabilivano l'internamento definitivo in manicomio per tutti coloro che risultassero “pericolosi per sé o per gli altri” o che “recassero pubblico scandalo” (nel documento che stabiliva l'internamento non era prevista la formulazione della diagnosi clinica);
- decretavano la perdita dei diritti civili per gli internati;
- regolamentavano l'organizzazione interna dei manicomi (sulla falsariga degli altri stabilimenti carcerari) stabilendo per esempio norme sulla creazione di appositi reparti di isolamento per *agitati e pericolosi*;
- affidavano al Ministro dell'Interno e ai Prefetti la vigilanza sui manicomi pubblici e privati.

Le nuove terapie

Nel 1917 a Vienna W. Von Jauregg sperimentava la “malarioterapia” nella cura della paralisi progressiva sifilitica.

Nel 1932 M. Sakel proponeva la terapia con i “comi insulini”. Si trattava di indurre un coma ipoglicemico di durata variabile attraverso la somministrazione di dosi elevate di insulina. Questa tecnica che ebbe enorme favore può essere considerata la prima vera terapia di massa utilizzata in psichiatria, tanto che nel periodo tra il 1930 e il 1960, pochi ricoverati riuscirono a sottrarsi, quale che fosse la loro nazionalità.



Negli stessi anni a Budapest Von Meduna induceva attacchi convulsivi somministrando cardiazol.

Nel 1939 a Roma Ugo Cerletti sostituendo al cardiazol la corrente elettrica continua, metteva punto la tecnica dell'elettrochoc.

Moniz, infine, propone la leucotomia prefrontale come terapia per gli impulsi aggressivi e per questo ottiene nel 1949 il premio Nobel.

Il grande internamento: indipendentemente dall'efficacia delle nuove terapie, l'apparato manicomiale esiste e funziona senza rumore e il numero dei ricoverati tende ad un continuo aumento con una flessione solo nel periodo bellico (la tabella è di fonte ISTAT, Porta e coll. Riv. Sper. Freniatria, 1976).

Introduzione dei neurolettici nella terapia

Nel 1952 viene scoperto e introdotto in terapia il primo neurolettico, cioè il primo farmaco veramente attivo nel modificare i sintomi delle malattie mentali, vediamo le conseguenze sul numero dei ricoveri.

Analizzando questi dati si deve riconoscere che neanche l'introduzione a partire dalla metà degli anni '50 dei nuovi neurolettici modifica sostanzialmente la situazione ospedaliera.

Infatti se alla introduzione dei neurolettici si erano voluti attribuire due obiettivi, quello di ridurre il più in fretta possibile la sintomatologia psicotica e quello di ricreare rapidamente una condizione mentale tale da consentire un rapido reinserimento sociale, i risultati erano apparsi rapidamente distanti dalle aspettative.

In realtà si osservava come accanto alla riduzione dei sintomi produttivi, per effetto dei neurolettici, comparisse nei pazienti una sorta di torpore e di passività e che l'utilizzo dei nuovi farmaci avesse scarsa influenza sul numero dei ricoveri che continuavano ad aumentare, mentre poteva risultare di aiuto per la diminuzione della durata delle degenze.

Il dissenso psichiatrico

Negli anni '60, prima sommessamente, poi con maggiore impegno si cominciano a levare le prime vere critiche al trattamento della follia unicamente incentrato sul manicomio, ma non per farne a meno!



Citiamo a questo proposito la mozione conclusiva del convegno nazionale di Psichiatria Sociale (Bologna, 1964): “Il Convegno [...] ha posto in rilievo l’alto contributo di insegnamento, di ricerca, di successi terapeutici che l’Ospedale Psichiatrico ha portato alla Scienza e alla Società, riconoscendo d’altra parte la necessità che esso adegui la propria organizzazione strutturale e funzionale al rapido evolversi delle cognizioni scientifiche e della situazione socio-culturale del nostro Paese.”

Il modello di intervento che piaceva alla maggior parte degli psichiatri era quello della “Psichiatria di settore”. Nato in Francia nel periodo prebellico questo modello vedeva al centro il manicomio collegato con un bacino di utenza territoriale ben definito e nel territorio una serie di Strutture intermedie come day hospital, atelier, ambulatori, ecc.

Negli anni '70 si avviarono in diverse città italiane, Firenze compresa, esperienze in questo senso che portarono come conseguenza più significativa la creazione di quei presidi ambulatoriali territoriali che sarebbero poi diventati i CIM (centri di igiene mentale) pernio della successiva riforma dell’assistenza psichiatrica.

Elemento favorente di questo processo fu anche una parziale modifica della legge manicomiale del 1904, introdotta nel 1968 dal ministro Mariotti, che permetteva il ricovero volontario in manicomio per motivi di cura, permettendo di bypassare tutte le conseguenze “poliziesche” della legge del 1904, tuttora vigente. Divennero possibili le sperimentazioni di trattamenti alternativi al manicomio, come l’istituzione di case famiglia, strutture territoriali alternative, ecc..

Un elemento fondamentale per comprendere come in tempi così brevi si sia giunti alla radicale riforma dell’intervento psichiatrico è rappresentato dall’interesse suscitato dal problema del manicomio nella società civile e nei mass media. La stampa si occupa diffusamente delle disagiate condizioni di vita nei manicomi; studenti, intellettuali, semplici cittadini entrano negli ospedali, partecipano alle assemblee, vogliono sapere quello che si fa all’interno e perché.

L’aspetto che colpisce maggiormente i non addetti ai lavori è la considerazione per il paziente che, vissuto ora non più come pericolo per gli altri, ma come una vittima dei bisogni espulsivi della famiglia e della società, viene finalmente considerato come persona che soffre. L’umanizzazione dell’ospedale diviene nell’opinione pubblica una forma di compensazione, di riconoscimento dei diritti, precedentemente negati.

Accanto però a queste forme di cambiamento, che potremmo definire “morbide”, dall’ambiente psichiatrico e dalla società civile si levarono anche critiche e contestazioni decisamente più radicali che vedevano nella distruzione totale del



manicomio l'unica, vera, possibilità di cambiamento. Ricordiamo per brevità solo l'esperienza goriziana di F. Basaglia dove nel 1962 fu attivata la prima esperienza italiana di trasformazione del manicomio in comunità terapeutica e alla quale seguirono molteplici analoghe esperienze in altre città.

Nel 1973 si costituisce Psichiatria Democratica che riunisce anche in senso formale e organizzativo tutte le esperienze di rinnovamento psichiatrico, però quasi esclusivamente in senso politico, rifiutando fino alla negazione l'aspetto scientifico del problema. In realtà la dimensione "teorica" della follia era destinata a rimanere praticamente ignorata da questa componente della nuova psichiatria.

In ultima analisi anche la legge di riforma del 1978 si preoccupa soprattutto, una volta distrutto il manicomio come "metodo di cura della follia", di impedirne la ricostituzione sotto qualsiasi forma, senza formulare alcuna nuova strategia di terapia.

Conclusioni

Dicevo sopra che una storia del manicomio si può illustrare senza interrogarsi sulla malattia mentale stessa. Mi sento ora di affermare che dopo l'eliminazione dei luoghi di segregazione, lasciare sullo sfondo la riflessione teorica sulla follia, la sua cura, l'eliminazione dello stigma e il problema del reinserimento sociale dei pazienti, non ha più alcun senso.

Voglio ricordare inoltre che a Basaglia non sfuggiva la necessità di occuparsi in maniera approfondita degli aspetti teorici della malattia mentale: nei suoi scritti egli afferma esplicitamente che l'eliminazione del manicomio era solo la premessa per poterlo fare!

Forse al momento della grande riforma questo tema non fu affrontato per due motivi:

- il primo riguarda probabilmente la nascita stessa della psichiatria come entità detentrici di tecniche deputate al controllo sociale, prima che alla terapia del malato;
- il secondo riguarda la natura stessa delle prime esperienze anti istituzionali le quali, per quanto innovative possano essere state, muovendosi all'interno dell'istituzione non hanno comunque potuto sottrarsi alla sua sottile quanto nefasta influenza.

Da allora sono trascorsi oltre venti anni e ancora un'analisi teorica approfondita stenta a decollare, tuttavia se continueremo a non affrontare una profonda riflessione



sulla malattia mentale e sulla sua cura e riabilitazione, come diceva, già nel 1978 Giacanelli:

“..il grande lager si sbriciolerà in prigioni mignon, ben isolate dai reparti dove si curano le pance, dove tutto funzionerà assolutamente come prima!”



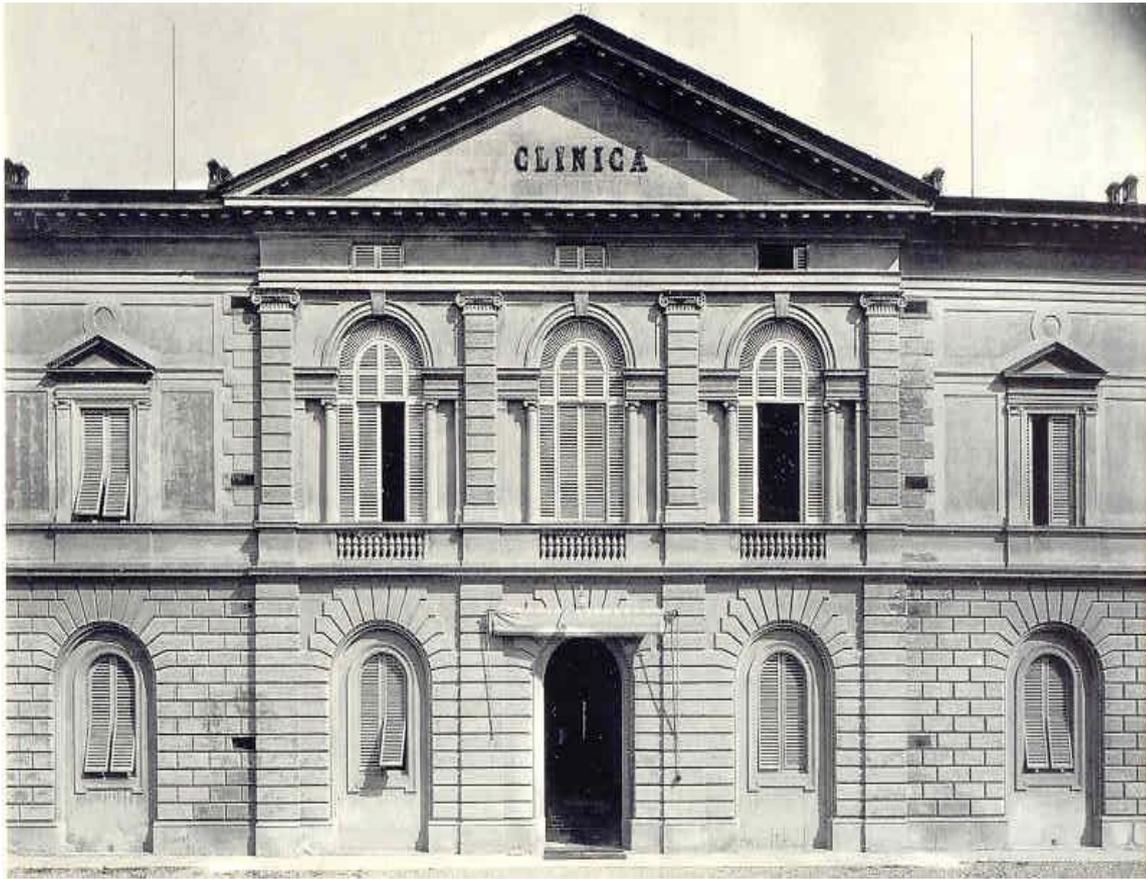
San Salvi, persone e luoghi del manicomio

Costanza Lanzara e Alessandro Restivo



Dott. Algeri, 1980

Anche la colta e gentile capitale della Toscana ha un nuovo e grandioso manicomio, che venne inaugurato il giorno del 9 settembre 1890 e che in omaggio al grande alienista empolesse porta il nome di Massimo Chiarugi. Il manicomio è situato in amena posizione, a breve distanza dalla città, quasi a ridosso delle amene colline fiesolane. Esso è costruito sul sistema di padiglioni riuniti e consta di 3 grandi corpi di fabbrica centrali, il primo dei quali è destinato agli uffici di amministrazione, di direzione e agli alloggi del direttore e dei medici. Il secondo ai servizi generali. Il terzo a cappella e lavanderia. Ai lati sono disposti, in modo simmetrico, i diversi padiglioni dei malati: a destra per le donne, a sinistra per gli uomini.



Tinaia



Di fuori la Tinaia è di un bel colore ocra, dentro gran parte delle pareti sono dipinte di blu, verde, rosso, rosa: anche per questo è diversa dal resto dell'O.P. Costruita prima di esso, vi si è trovata dentro, ma staccata, autonoma: e ciò è positivo per i ricoverati



che vengono a lavorare con la creta e a disegnare. Qualcuno ha scritto: “Tinaia dolce tana” e crediamo che questo valga anche per gli operatori.³

C'erano dei reparti aperti perché gestiti da psichiatri illuminati, per cui la gestione era molto avanzata e fra l'altro criticatissima da coloro che volevano che il manicomio restasse quello che era. E dei reparti chiusi, dove... sembra che con le parole poi perdano di significato ... quando ho visto certe cose mi sono ricordato di quello che avevo visto in televisione sui lager e dicevo: “Come è possibile? Mi raccontano la storia dei lager e qui la viviamo quotidianamente “. Perché c'era un annullamento totale della personalità, dell'uomo. In Tinaia si cercava di fare il contrario. Di dare un nome e un cognome intanto alle persone e di dare loro una dignità, per quel poco che si poteva fare. Insomma le nostre intenzioni erano queste. E lo si faceva tramite l'arte e la creatività proprio perché le nostre formazioni erano appunto di tipo artistico.⁴

Già nel '98, con la definitiva chiusura di alcuni reparti, si era pensato ad un progetto molto bello: l'idea era il centro culturale, un po' sul modello Guggin, col quale eravamo in contatto. Non il museo ma il centro culturale dove si potevano fare mostre ma anche accogliere, scambiarsi, far entrare e uscire. Per questo ci avevano dato un padiglione, che è quello dove ad oggi sono i Chille de la balanza. Allora si voleva cogliere l'occasione che liberavano quel reparto. Noi abbiamo pensato quindi ad una casa famiglia per artisti della Tinaia, una cosa anche quella che è morta lì.

Perché l'idea era: è così difficile mettere insieme la gente e questi si frequentavano da una vita; perché non fare una bella casa famiglia per 6 persone, che eran quelle che erano rimaste in manicomio fino alla fine? Per cui c'era Guido Boni, Angela Fidilio, Umberto, Margherita Cinque, Giuseppina Pastore. Insomma si era fatta questa casa famiglia lì al pian terreno , nella prima parte dove ci sono le stanze d'ingresso, dove ora sono i Chille. Hai visto che ci sono le porte colorate?.. perché ogni porta era di un utente. Era una superficie enorme presa tutta quanta insieme... avevamo approfittato di quegli spazi che si erano liberati per l'idea del centro culturale e della casa famiglia. Dove oggi c'è il bar dei Chille era il salone della casa, poi i bagni, la cucina degli infermieri e il resto degli spazi per le mostre.

I Chille, mentre noi nel '98 facevamo quest'operazione di spostamenti, vennero da noi in Tinaia, mi ricordo ancora, Claudio e la Sissi e ci dissero che avevano pronto uno spettacolo di Artaud per cui il comune aveva dato loro uno spazio inesistente.

³ Mensi, 1983 dalla dalla tesi di laurea L'esperienza del centro di attività espressive la Tinaia

⁴ Stefano Turrini intervista di Agnese Donati del 2011



Allora son venuti a farlo là dentro, nello spazio dei saloni delle mostre. Per cui lì c'è stato questo incontro, questo vivere insieme tra i ragazzi della casa famiglia che erano lì e i Chille.⁵

Usando una metafora direi che come gli organismi un'esperienza si mantiene viva solo dove c'è un divenire, un cambiamento: terminologia abbastanza abusata, ma si potrebbe dire che il compito che si prefigura è mantenere un'identità forte passando attraverso la trasformazione. Il futuro.. siamo un po' al bivio. Nel senso che sempre di più i cordoni delle borse sono stretti, sempre di più i parametri per gli investimenti nell'area socio sanitaria fanno riferimento a dati quantitativi e quindi anche la Tinaia come Centro diurno appartenente alla rete dei servizi della salute mentale rischia.

Non è il solo, l'unico a rischiare, ma rischia. ⁶



⁵ Dana Simonescu intervista di Agnese Donati, 2010

⁶ Rossella Fallacara dall'intervista di Donati, 2011.





Giannoni, "Nel dentro del dentro. Lettere dal Manicomio e dalla follia"

Illustrissimo professore, [Direttore di San Salvi, Mario Nistri?]

lei in tutta coscienza accetta questa società che si serve dei manicomi per imporre la paura e come strumenti di repressione organizzata come un esorcista al tempo delle streghe. Io credo di NO! Ammetto però che ne permetta la sussistenza e la sopravvivenza ed è anche appagato per questo servizio, per tenere in piedi i manicomi che sono nel complesso uno stato di membra umane distorte dai sofismi di molti, fatti pagare da pochi che la scontano per tutti. Io capisco che si viva in un sistema di cose, in cui anche lei personalmente, io penso, non possiate far fronte alla mania di persecuzione della società. Ne convengo è un giro chiuso. Lei manda fuori gente clinicamente guarita ma, dopo aver subito il martirio nel manicomio, ne subiscono un altro, assai peggiore, fuori nel mondo esterno alle mura manicomiali. Ma i più furbi, i più furbi sono come i lupi braccati, stanno chiusi in manicomio a vegetare e a subire ogni umiliazione alla loro dignità, pur di non sortire all'aperto, accettando il loro destino passivamente e rinunciando alla vita come ultima speranza di sopravvivere a sé e a gli altri. Trattati con vari sistemi e vari metodi che sono palliativi e buffonate per non far scoprire la truffa come una caramella ad un bambino; che rispetto alla vera libertà i manicomi non dovrebbero esistere o per lo meno dovrebbero andarci chi manda gli altri per dare un buon esempio, perché questa è pazzia, di coloro che dicono di non fare agli altri ciò che non vuoi che sia fatto a te stesso, e predicano bene e razzolano peggio, la vera libertà che dovrebbe essere uguale per tutti gli uomini, e non cogito cartesiano della masturbazione cerebrale.

Lei ora conosce il mio pensiero si tenga bene in mente che glielo ho detto.

In fede,

Conti Supremo



“io venni al manicomio credendo di trovare la bontà e la comprensione: invece tutto il contrario. Mi sono ricreduto”

“Adesso mi ascolti: lei crede che la malattia ci renda più buoni? No. Ci rende più cattivi. E crede lei che uno stando con un altro più cattivo ci guadagni? Se un cieco si accompagna ad un altro cieco, finiscono entrambi in un fosso! La mia ambizione è sempre stata quella di accostarmi a gente che mi insegni e mi sostenga. Che mi aiuti a risalire, perché a scendere è tanto facile!”

Cartella clinica ⁷

1935 Ospedale degli Innocenti idiota turricéfalo Reparto minori 5 anni. 1941
Reparto minori
1943 N.N. Sudicio
1944 Condizioni generali modeste
1945 Nulla di nuovo
1946 Nessun miglioramento
1947 Nulla di nuovo
1948 Accrescimento somatico regolare
1950 Vacc antitifica Al suo 15esimo compleanno reparto adulti. 1950 V reparto
1950 Castel Pulci
1951 Vacc[inazione] antitifica
1952 vacc[inazione] antitifica
1953 Sempre sporco vita vegetativa
1954 ... 1957 vacc[inazione] antitifica
1958 condizioni stazionarie. 1958 Ritorna a San Salvi. 1958 ritorna a
Castelpulci.
1959--- 1964 vacc[inazione] ant[itifica]?
1965 esame torace
1966 invariate condizioni fisiche
1967 si nutre regolarmente
1969 vacc[inazione] ant [itifica]
1971analisi elettrocardiogramma. 1971 Rx torace
1973 Idiota turricéfalo
1974 esame audiometrico
1975 buone condizioni fisiche
1976 buone condizioni fisiche

⁷ San Salvi. La realtà di un manicomio



“I medicinali erano il Largactil, il Meneril, c'era il Fargan. Mentre oggi se si dovesse dare il Largactil se ne danno 15 o 20 gocce al massimo, allora se ne dava a “pompate”. La “pompata” corrispondeva alla quantità di medicina contenuta nel contagocce delle bottiglie da un litro. Così dicevano “dagliene una pompata... dagliene due pompate”... non si stava a controllare quante gocce. Per cui spesso l'effetto della medicina era contrario rispetto a quello previsto. E poi questi farmaci avevano degli effetti indesiderati paurosi, per esempio il Largactil non ti faceva sentire la temperatura del sole! I tranquillanti venivano dati a tutti perché una volta i pazienti dovevano dormire. Invece poi con l'evoluzione della psichiatria le cose cambiarono”

“Quando ero nel manicomio ho preso tanti farmaci ma non mi ricordo quali. Invece mi ricordo bene dei discorsi fatti con gli infermieri: fanno parte del bagaglio della mia mente. Ciò contribuisce a ricostruire una personalità. Questo viene a mancare in questa struttura adesso. Adesso il malato lo mandano qui... ma a fare che? A fare che? Non sono neanche infermieri e non gli faccio colpa, però non c'è un cane che ti dice <<vieni qui, parliamo>> e l'ammalato stesso non collabora con chi gli sta accanto. Perché se l'ammalato collaborasse si instaurerebbe un legame per cui egli ci guadagnerebbe!”

“Con lo psicofarmaco viene interdetta una parte dell'attività cerebrale che dipende dalla volontà, non si è più svelti nei calcoli e nel dir le cose. L'ammalato diventa più che mai sofferente. Un conto è esser sveglio e vivere una buona giornata, ed un altro è stare nel letto con la bocca aperta. Però non è tutto da buttare. Certo: se prende mattina e sera quelle pillole ma poi l'infermiere se ne infischia a lei rimane a terra... cosa guarisce? Finito l'effetto chimico lei torna come prima! La vera cura sta nel contatto con il dottore e con la società”

Goffman, La carriera morale del malato mentale. 1961

Come il neofita in molte di queste “istituzioni totali”, il nuovo degente si trova completamente spogliato di ogni convinzione, soddisfazione e difesa abituali, soggetto com'è ad una serie di esperienze mortificanti. Una volta che il degente si sia stabilito in reparto, gli si spiega subito che le restrizioni e le privazioni cui andrà incontro non sono dovute a norme tramandate o a criteri economici ma fanno parte intenzionale della cura, corrispondono a ciò di cui in quel momento egli ha esattamente bisogno: sono quindi espressione del livello di degradazione cui è arrivato.

L'istituzionalizzazione di questi livelli di vita mette in luce l'influenza dell'ambiente sociale sulla formazione del sé. Ciò significa che il sé non trae origine semplicemente da un processo di relazioni significative fra l'io e gli altri, ma anche dal tipo di strutture che gli si organizza intorno. Il sistema di reparto



“Vede, il malato che arriva qui, per come sono andate le cose, viene distrutto: la sua personalità viene annientata. Loro vogliono che io sia come la pensano loro. Ed in un certo modo andare a prendere da mangiare è come certificare che sei grullo: perché se non sei grullo non vai a prendere il mangiare da loro. Ed anche cucinarlo da sé non è poi diverso: non puoi uscire da solo a comprare le cose”

Vecchia nuova generazione di infermieri

(da alcune interviste)

Quanti ne avete guariti oggi? Ecco quello che li vogliono far guarire. Ma perché parli? Perché stai così tanto con loro? Tanto non guariranno mai, dicevano i vecchi infermieri.

Era più pesante rispetto ai medici per il personale infermieristico, perché quanto meno la pesante ironia di quelli che in manicomio da infermieri c'erano da 10-20 30. Non veniva richiesto nessun titolo di studio né alcuna professionalità specifica... l'infermiere svolgeva compiti sostanzialmente di forza ecco.

L'evoluzione della psichiatria è nata qui, ricordo, sotto il gelso, lì il salice piangente, quando arrivò eravamo tutti lì in cerchio e ci hanno messo le fave. Per dirci che eravamo delle fave! Le fave furono piantate lì perché eravamo tutti delle fave, insomma!

Che poi, ritornando agli infermieri anziani che erano veramente degli stronzi.. gli facevan fare delle cose: a uno gli facevano bollire le scarpe nella pentola, dove poi tu ci facevi la pastasciutta, capito?

“Quando c'erano i reparti chiusi ci chiudevano dentro le camere. Certe volte anche legati ai letti. Quando ero cattivo mi mettevano la camicia di forza oppure non mi facevano uscire per 2 mesi. E ce ne era molti legati, mica solo io!”

“Con l'euforia per la riforma di Basaglia hanno cominciato a mettere i pallai dappertutto, anche all'8° ce n'era uno e ci passavamo molto tempo. E aprivano anche vari bar dentro i reparti. Passata l'euforia, e dopo aver sistemato vari ammalati nella società, chi è rimasto è stato abbandonato”

Clemente

La storia del moderno, che si pretende storia progressiva, è invece storia di contraddizioni e di traumi. Gli ospedali psichiatrici nascono con la nuova scienza medica, nascono come luoghi di salute e di speranza, nascono come città del benessere.



Ma diventano, nell' esperienza che li rende visibile allo sguardo nuovo degli anni ' 60, dei campi di sterminio, dei campi di concentramento e di segregazione, dove l' umano viene negato, dove i diritti vengono levati, e dei reclusi degli anni ' 60 e ' 70 si potrebbe ben dire con Primo Levi "Se questo è un uomo". Non serve la memoria per evitare che succeda ancora, serve a capire la complessità, a vedere come funzionano le trasformazioni, come cambiano di segno, cosa ci insegnano. Come possiamo applicare la nostra comprensione al presente, a un disegno di futuro.

San Salvi è un luogo di orrore, di dolore, di morte, ma anche di speranza, di sogno, di testimonianza, di lotta, di solidarietà. E' questa complessità che produce vertigine al moderno. Per l' orrore che si è consumato, e che sarà gridato finché abbiamo la capacità di ascoltarlo, San Salvi è come Auschwitz, occorre patrimonializzarlo come spazio per ricordare ai giovani, alle scuole, ai liberi testimoni del nostro tempo come nacquero nel nostro mondo insieme i diritti e la loro negazione, come il "nome dell' altro" continui a turbare e richiamare desideri di proscrizione. Con il dolore e con l' epica della riscossa degli uomini insieme di scienza e di buona volontà San Salvi è diventata uno spazio sacro, e chiama e dà valore alla cultura dell' Occidente, e a chi ama Firenze, città di storia antica e anche moderna. Quello spazio conserva il sacro conquistato dal dolore e dalla lotta, non è alienabile, è bene comune. Lo spazio di San Salvi reso sacro da ciò che di terribile e fondativo vi è successo non può essere rimosso, anzi è ormai uno spazio di risveglio urbano. Lì si sentono i canti che ci danno il senso del mondo futuro, le passeggiate e i racconti, le tesi di tanti giovani, libri di tanti studiosi appassionati hanno fatto sì che San Salvi sia un luogo esemplare della storia di Firenze, interdisciplinare e di buona volontà come nell' alluvione, unitario e molteplice. E' quindi evidente che qualsiasi progetto per San Salvi deve poter essere costruito intorno a un centro culturale, un asse di storia e di memoria della città, pubblico e ricco di associazioni di volontariato. Intorno a un uso pubblico e solidale della memoria del passato, del presente plurale come idea culturale di una città aperta, San Salvi può anche ritrovare un suo modo di servire la città e di esserne parte più di come oggi non sia.



Caneschi

Ci sembrava evidente, a noi che lavoravamo là dentro, che la vita nuova non potesse prescindere dalla memoria, a costo di negare il senso stesso dei luoghi che si sarebbero recuperati, a partire già dall' articolazione fisica degli spazi, dei blocchi architettonici e delle connessioni che ancora oggi li legano. ritengo che alcuni elementi ci sono a San Salvi, che possono far parte di un pensiero per il suo futuro: la facoltà di Psicologia, con l' afflusso di giovani interessati a formarsi utilizzando radici che siano vive e vicine alla cultura che ha permesso il superamento del manicomio e lo sviluppo di scienze "Psi", libere di confrontarsi con la complessità della realtà. La biblioteca "Chiarugi" stessa che, se nel tempo si è impoverita nei contenuti e nella funzione, per la necessità di dare priorità e risorse ad altre funzioni più urgentemente legate alla *mission* aziendale, può tuttavia ancora ritornare ad essere un centro capace di fornire un servizio culturale alla comunità. Perché il manicomio non è stato Auschwitz. Certamente non per coloro che ne erano fuori o che liberamente ne potevano uscire al termine del proprio turno di lavoro; per gli altri, per tutti quelli per i quali noi e altri decidevamo, poteva qualche volta fortemente assomigliargli. E questo dobbiamo trovare il modo di ricordarlo, per arricchire di senso il nostro sforzo democratico di libertà nella solidarietà.

(Albero presso 10) “C'era un infermiere che si dedicava alla cura del prato, davanti al padiglione del 5° reparto. Ed io gli davo una mano! Mi diceva di spazzare un pochino, e io gli spazzavo! Aveva anche messo gli uccellini laggiù: io



gli davo mano per portare l'acqua e per dargli da mangiare. Un giorno, da dentro il reparto, lo vidi mentre stava piantando un albero. L'albero che ha piantato è quell'abete là, quello alto presso il padiglione. Io ci parlavo con questo infermiere. Però non potevano vederlo, gli altri...gli altri infermieri. Per me era bravo, erano gli altri un po' nervosi"

(Guardaroba) "Una volta qui c'era il guardaroba. Facevano i lavori di cucito e da laggiù si andava alla lavanderia. C'erano due o tre monache che facevano le suocere: brontolavano sempre. Si veniva a pigliare la biancheria e facevano dei sacchi di biancheria così grossi... dovevo lavorare come un ciuco! Si andava in cinque a pigliare la biancheria.

Ci si stroncava mezza schiena. Io dovevo anche smistare la biancheria ed era sporca di molto! Ci stavo mezza giornata e ci guadagnavo, eh!"

(Colonica) "Quando ci entrai avevo 40 anni. Eravamo una decina di pazienti, c'era un contadino, una educatrice e tre infermieri. Facevamo l'orto, c'era una piccola vigna da cui prendevamo l'uva per fare la schiacciata ed il vino. Poi c'erano i polli: avevamo le galline ed un galletto che ci assaltava quando entravamo a prendere le uova. Mamma mia! Non c'era verso nemmeno di entrare per pulire. E poi c'erano i maiali: una domenica cadde un piccolo aereo sopra la porcilaia e morirono tutti i maiali"

(2°) "Sullo scivolo non ci montavo io, avevo paura di rompermi una gamba: guardavo chi scivolava giù. Quando ero ai bambini mi portavano nella chiesa ed anche sulle terrazze a vedere i fochi. Ricordo che per la Befana ci portavano un mare di regali, più che per Natale.

Quando ero in questo reparto ero sempre chiuso dentro... non passava mai il tempo. Adesso è meglio. In una parte del giardino stavano i matti un po' più matti. Al 2° c'erano tutte infermiere, ed ogni tanto ne moriva una: gli veniva un infarto. Si comportavano così così... ogni tanto menavano i bambini. Mamma mia se menavano! Poi i parenti dei bambini cominciarono a brontolare. Con chi non aveva parenti però andavano come volevano. Ma non si poteva! A farlo ora ti licenziano subito"

(Lavanderia) "Accanto alla lavanderia c'era un ascensore con cui scendevano giù i lenzuoli. Prima che lo facessero si portavano sulle spalle ed erano molto pesanti... ti stroncavi tutto. Ricordo che c'era un malato grosso grosso: gli facevano portare gli armadi sulle spalle.

(Cucina) "Andavo spesso io a prendere il mangiare in cucina. Anche quattro bricchi o il latte coi bidoni. Mi facevano portare tutti i bidoni a me! Quando poi mi cambiarono di reparto andò meglio: il percorso era più corto"



Memoria/Eredità⁸

Affezionarsi troppo all'idea di 'memoria' come unico contenitore capace di recuperare una dimensione sia esperienziale che contestuale passata, credo che possa facilmente conseguire nella convinzione che il ricordo sia un'azione sufficiente. Rischiando di esaurirsi in se stessa invece, la memoria rischia di legittimare una non azione. Ricordare il manicomio non è sufficiente.

Produrre una retorica sulla memoria della negazione, della violenza, della violazione, non è abbastanza. Pensare in termini di eredità invece, ci inchioda ad un'azione alla quale siamo costretti dal ricordare. E quest'azione equivale a continuare. Dobbiamo quindi impegnarci a riconoscere le nostre responsabilità di soggetti attivi e responsabili, ognuno consapevole del ruolo che ricopre all'interno della società civile che contribuisce a formare.

Poesia Neruda 15

E quando nel Palazzo
Vecchio
Bello come un agave di pietra,
salii gli scaloni consumati,
attraversai le antiche stanze,
e venne a ricevermi
un operaio,
capo della città, del vecchio fiume,
delle case intagliate, come in pietra di luna,
io non mi sorpresi:
la maestà del popolo lo governava.
Ma dietro a lui
non era l'aureola
del passato il suo splendore:
era la semplicità del presente.
Come un uomo,
dal telaio o dall'aratro,
dalla fabbrica oscura,
salì le scale
con il suo popolo
e nel Palazzo Vecchio, senza seta e
senza spada,
il popolo, lo stesso

⁸ Silvia Jop In I tetti rossi. Forum 14 marzo 2009



che valicò con me il freddo
delle Cordigliere delle Ande,
stava là.
Per questo credo
ogni notte nel giorno,
e quando ho sete credo nell'acqua,
perché credo nell'uomo.
Credo che stiamo salendo fino all'ultimo gradino
da lì vedremo
la verità spartita
la semplicità instaurata
sulla terra
il pane ed il vino
per tutti.



Il manicomio di Volterra: una memoria da preservare

Appunti di Angelo Lippi

Volterra è una piccola città che per oltre un secolo ha vissuto sulle diversità: sul manicomio, sulla devianza adolescenziale, sui problemi dei minori senza famiglia o a rischio di abbandono, sui disabili, sui detenuti. Chissà se fin dal tempo degli etruschi la vocazione al terziario della marginalità ha orientato l'economia locale! Il primo direttore-manager del manicomio nel 1910 ha pubblicato un tomo molto voluminoso come relazione del suo lavoro di 10 anni⁹ e nel volume non manca uno studio "Sul tipo etnico degli etruschi rilevato dallo studio dei monumenti volterrani del 3. e 4. secolo avanti Cristo". Chissà se già da allora non si sia documentata una certa predisposizione "lombrosiana" all'"accoglienza" delle diversità. Numeri impressionanti di assistiti hanno popolato la città, anche anagraficamente, in quanto i ricoverati "definitivi" venivano iscritti come residenti nel comune. L'economia era basata su questa "pietra" umana e sull'altra pietra: l'alabastro.

Il doppio legame fra esclusione sociale ed economia, in un'area senza molte risorse alternative, ha influenzato e condizionato le dolorose e coraggiose scelte politiche e organizzative che avrebbero dovuto portare al superamento delle strutture escludenti e quindi forzare la storia per portarla ad altra economia. Un po' come auto-organizzare il taglio del ramo su cui si è seduti, su cui la comunità locale sta comoda da tempo immemore. Le discussioni sull'argomento erano l'inevitabile tormentone in tutte le occasioni politiche, sindacali, culturali e nelle normali relazioni di lavoro e di vicinato. Di certo i termini "legge 180", deistituzionalizzazione, servizi territoriali", hanno avuto una funzione di coinvolgimento comunitario unica nella storia recente della città. Si deve prendere atto che nessun altro argomento è stato così dibattuto, e questo è derivato soprattutto dall'impegno che si era sviluppato dentro i reparti manicomiali, proprio dalla base, dagli operatori con il coinvolgimento dei ricoverati nelle assemblee e nei comitati di gestione, e grazie al fatto che una alleanza "dialettica" fra tecnici e politici, sindacati e associazionismo, aveva reso praticabile una azione "contro" la sicurezza del posto di lavoro alla ricerca di una diversa organizzazione imprenditoriale, ma a vantaggio dei diritti degli ammalati, ormai riconosciuti come "schiavi" di una normativa e di consuetudini di uso indiscriminato del potere da parte dei "curanti".

⁹ L. Scabia, (1910) *Il Frenocomio di S. Girolamo in Volterra, 1888-1910* ristampa a cura dello Stabilimento Tipografico la Toscana, di Sovigliana, Vinci (FI), 1989



Volterra, luogo periferico con pochi abitanti (16.000 negli anni '50, 13.000 negli anni '80) irraggiungibile di fatto con i mezzi pubblici, negli anni '70 stava smantellando la propria ricchezza tranquilla, scindendo il binomio produttivo alabastro+esclusi, attraverso una esemplare azione di politica partecipativa che aveva valorizzato anche le alleanze con il mondo dell'arte (pittura, scultura), della cultura (letteratura, cinema, teatro), della musica.

Questa, a mio parere, può essere definita come la memoria politico-partecipativa: è la lezione che va ripresa oggi per mettere in atto la ricerca di obiettivi comuni che si possono considerare falliti in partenza se non sono condivisi. Di questo c'è da avere nostalgia, non certo del manicomio che indirettamente ne è stato ispiratore e neanche di tutte le altre istituzioni di contenimento sociale che costellavano la città.

Di certo Volterra si è sentita mutilata con la chiusura del manicomio, forse più oggi di allora: infatti, a distanza di oltre tre decenni dalla legge 180, emergono accuse e recriminazioni: si sarebbero persi 1.200 posti di lavoro (mai avuti!) per aver voluto essere i primi della classe a chiudere il manicomio e questo avrebbe portato alla rovina dell'economia della città. E' proprio di questi giorni la polemica sui giornali, polemica nella quale si attenuano i colori del sopruso assistenziale praticato nei manicomi e dell'esigenza di nuove forme di presa in carico, e si accendono quelli della "fretta" della sinistra a smantellare l'economia locale, chissà per quale malvagità sociale (e poi di fretta non si può certo parlare). La discussione non merita di entrare nel conflitto fra ideologie opposte: a molti non importa se i dati reali disconfermano i numeri e le date non sono esatte e non importa se si doveva applicare una certa legislazione: quello che importa è dire che "noi" (a Volterra) avevamo un manicomio umanizzato, dove la gente (cioè gli altri) stava bene, importa sposare la tesi dei suicidi di massa che sarebbero avvenuti per le dimissioni selvagge (mai attuate), importa mettere in primo piano l'arricchimento degli istituti che hanno ospitato quelli che noi, i basagliani (a Volterra, eravamo quelli di Pellicanò e, secondo il responsabile della segreteria eravamo la squadra guastatori!) avevamo messo in mezzo ad una strada!

Questa, che vorrei chiamare la memoria della recriminazione, o meglio della contestazione a priori (anzi, a posteriori) ci porta a riflettere sul significato che si dà quando si definisce la diversità come ricchezza, non in quanto integra sul piatto comunitario valori e potenzialità differenti, ma in quanto produce posti di lavoro perché permette di dare occupazione per ospitare e curare la diversità stessa. Lo schema occupazionale è semplice: più aumenta (e si definisce e si isola) la diversità da trattare e più si produce lavoro. Anche questa a Volterra oggi è una memoria



aggregante, di significato sociale, anche questa è una lezione di memoria da tenere presente in corso d'opera, mentre si agiscono comportamenti sociali di cambiamento. I colori della memoria si applicano in base a quello che vogliamo rimostrare e dimostrare. Le sedi dei partiti, delle associazioni, dei sindacati furono prioritarie dagli anni '70 nella affermazione della cultura dei diritti, ma non "formarono" abbastanza al pensiero della diversa presa in carico tutte le fasce di popolazione che esprimevano voglia di custodia, ed oggi probabilmente le forze sociali in campo non sono più in grado di fare aggregazione e cultura politica, perché non hanno un sufficiente valore rappresentativo e determinante. Anzi forse sono le persone che non avevano maturato 30 anni fa il rispetto dei diritti che oggi, dentro i movimenti, orientano idee devianti fino ad inquinare il significato profondo della dignità, della uguaglianza e della democrazia.

Un altro tipo di memoria che oggi viene spesso citata è la cosiddetta memoria storica: una persona che ricorda esperienze ed emozioni viene volentieri definita memoria storica di fatti ed eventi e le si attribuiscono poteri di verità. Personalmente godo di questa fiducia e quindi sento molto il dovere di esprimermi con prudenza per non apparire come esperto di tutto il passato manicomiale volterrano di cui in realtà ho solo molti ricordi e un po' di documentazione che volentieri metto a disposizione. La memoria storica a mio parere è invece un fatto sociale complesso che riguarda le varie componenti sociali di un determinato posto in un tempo definito. Può aiutare a ridefinire il contesto, le sensazioni e gli umori, i nomi e le esperienze che ciascuno nel suo modo documenta. La memoria storica, nella direzione detta e se coltivata, si caratterizza come memoria collettiva ed in alcuni casi è la sola che può dare la dimensione dei fatti. In questo caso si incrocia con la memoria individuale, con le testimonianze soggettive, piene di pregi e di difetti, ma certamente capaci di ricostruire il clima, le suggestioni, le modalità di percepire le esperienze, l'adattamento dei valori personali e sociali al contesto vissuto, nel lavoro, nel partito, nella parrocchia, nelle relazioni. Quando la memoria riguarda le persone, specialmente quelle che hanno sofferto senza poter affermare il loro valore, allora ha il dovere di restituire dignità e onore ai deboli che hanno subito privazioni. Se questa memoria si sviluppa in assenza di confronto critico, diventa aberrante. Non a caso nelle esperienze manicomiali si parlava di istituzionalizzazione anche a danno degli operatori e amministratori, soggetti a perdere la dimensione del "mondo dell'alienato" a favore del "mondo dell'equipe"¹⁰. L'adesione a comportamenti inconsueti, progressivamente incoraggianti atti di abuso e violenza, con il tempo fa ritenere

¹⁰ Qui si cita in modo un po' semplicistico, E. Goffman (1968), "Asylums", ed. Einaudi, Torino



praticabile ed inevitabilmente normale l'azione di sopraffazione. E non basta nemmeno l'uso della cattolica coscienza per definire il bene o il male, perché anche la coscienza ha bisogno di essere esercitata ed aggiornata alla evoluzione dei valori e dei diritti delle persone.

Il ragionamento sulla memoria continuerebbe molto a lungo per i risvolti storici, scientifici e di comunità territoriale che in questa area si sviluppano nelle varie scienze, dalla psichiatria, alla sociologia, dalla antropologia alla pedagogia, ecc. ecc.

Qui interessa concludere con alcune riflessioni e proposte operative che vanno nella direzione del tema assegnato: "Il manicomio di Volterra, una memoria da preservare". Perché preservare questa memoria? Una serie di elementi confortano questa scelta:

- la presenza del manicomio (ed altre istituzioni) ha promosso un "DNA assistenziale" della città ed ha inciso sul futuro economico degli abitanti e dell'imprenditoria locale e dello sviluppo dei servizi; questa lezione storica merita un approfondimento particolare. Si è quasi data la patente di luogo privilegiato per custodire e curare. Volterra può documentare una storia politico-sociale-culturale che merita di diventare patrimonio collettivo: in questa città periferica e marginale era meno facile superare il manicomio che non in ambiti più vasti e più dotati di risorse e quindi qui possiamo trovare più elementi di esperienza sull'imprenditoria della esclusione.
- La ricchezza della documentazione di oggettistica manicomiale tipica (divise, strumentazione, stoviglie), bibliografica e di archeologia psichiatrica (nel tempo la biblioteca ha acceso abbonamenti a 400 riviste scientifiche!), archivistica (con gli archivi del manicomio e di altre strutture di ricovero), architettonica (40 strutture di cui almeno 15 destinate ai ricoverati, strutture di un certo stile, studiate, classificate e elaborate dal laboratorio universitario di Volterra), espressiva dei pazienti (disegni, quadri, quaderni, piccole opere), dimostrativa delle attività di alleanze e sensibilizzazione (documentazione delle grandi manifestazioni organizzate per il superamento dell'OP: Volterra '73, Volterra 80, attività teatrali, ecc.). Non dimentichiamo fra le peculiarità e le strutture, quelle che chiudevano il cerchio della marginalità: la moneta "coniata" per l'OP ed il cimitero detto di Sanfinocchi dal nome della località, dedicato ai "matti", attivato durante la seconda guerra mondiale, durante la quale la



mortalità superò il 20 % annuo¹¹. Il materiale sommariamente elencato, in specifico gli archivi, rappresenta una memoria unica per la storia della psichiatria volterrana e italiana.

- La realtà della cittadella inglobata nella monocultura della marginalità ha raccolto conoscenze ed esperienze uniche sulla esclusione sociale, corredate anche da studi sui quali la fa da padrone la rivista neopsichiatria (nata a Volterra nel 1935 e morta con l'avvento della aziendalizzazione della USL), che comprende tutti gli elementi del dibattito scientifico e politico sul manicomio-industria. Volterra può quindi investire il suo patrocinio di memoria per ragionare sul percorso inverso dall'esclusione all'inclusione delle fasce di popolazione a rischio: malati mentali, anziani, donne, immigrati, ecc. Chi ha vissuto come parte protagonista i processi di emarginazione, ha strumenti in più per contribuire a elaborare politiche sociali di prevenzione e inclusione, proseguendo in un percorso già iniziato e documentato¹² anche al di fuori dell'area strettamente manicomiale. La consistenza dei documenti e delle strutture è arricchita al massimo livello dalla presenza di testimoni che hanno vissuto l'epoca del superamento delle strutture in prima persona, o per avere lavorato direttamente dentro queste forme di assistenza, o per aver vissuto in famiglie storicamente impegnate nei servizi di custodia e cura o per avere amministrato la città in tempi di scelte difficilissime ed impopolari e quindi testimoni di scelte particolarmente coraggiose sul piano dei principi e dei diritti. Tutta questa ricchezza di conoscenze non può che diventare un investimento culturale ed una fonte ricca di spunti scientifici di lavoro sociale. Volterra ha i requisiti per diventare un laboratorio vivo di formazione all'inclusione: la somma di queste memorie individuali può diventare testimonianza attraverso i ricordi, e l'insieme dei ricordi di un'esperienza vissuta (e/o mitizzata) da una collettività vivente della cui identità fa parte integrante il sentimento del passato, e diventa memoria collettiva.

¹¹ Su oltre 4.500 ricoverati si arrivava circa 1.000 defunti all'anno, pari a quasi 3 al giorno!! Dalle autopsie praticate risultavano, come causa di morte, la denutrizione gli stenti.

¹² Ruggeri F. (a cura di), (1993), "Necessità e risorse - Le coordinate della presenza anziana" Ed. Franco Angeli - Milano (ricerca condotta nella zona di Volterra) e, Messeri A., Ruggeri F. (a cura di), (2000) "Quale cittadinanza? Esclusione ed inclusione nella sfera pubblica moderna". Ed. Franco Angeli, Milano (riguarda una esperienza forte di aggregazione/partecipazione nella zona), e, in corso di stampa, interviste in profondità ad anziani della zona.



- Ecco quindi che la memoria supera il momento del fare testimonianza, per diventare elemento di costruzione della salute, come attivazione dei soggetti la cui capacità di agire è indebolita. La valorizzazione della memoria è restituzione doverosa del protagonismo, come riacquisizione del valore sociale e riconoscimento della centralità della persona, elemento fondante del benessere che va oltre la dimensione delle evidenze scientifiche¹³. La memoria rispetto ai contesti oggettivi di vita vissuta ed in relazione con gli altri, raccolta, elaborata, partecipata, conservata e ridistribuita, arricchisce gli archivi sanitari e amministrativi, ma soprattutto consente agli altri soggetti sociali (giovani, istituzioni, professionisti socio sanitari), di giovare in formazione e di crescita, delle esperienze vissute nel contesto locale¹⁴. Si è elaborato un progetto dettagliato che la Società della Salute della Zona intende valutare e possibilmente attuare assieme ad altre iniziative legate alla fruizione degli archivi ed alla attivazione di processi di studio per l'inclusione sociale ampiamente intesa¹⁵. Ovviamente il progetto comporta diverse azioni di ricerca, formazione, elaborazione e produzione di atti e fa parte dei più vasti piani di recupero e valorizzazione delle strutture e dei luoghi della psichiatria volterrana che la Associazione "Inclusione, graffio, parola", recentemente costituita¹⁶ si è data come finalità primaria, partendo dalla grandiosa opera di art brut graffita da Nannetti Oreste Fernando nel cortile del reparto giudiziario Ferri di Volterra e che rappresenta in tutta la sua drammatica forza comunicativa il significato vero della sofferenza e della solitudine manicomiale.

- Il valore della memoria in termini di sostegno alle persone che vengono chiamate a darne testimonianza porta attenzione all'eredità del passato come investimento a portata di mano da usare, senza costi, per valorizzare

¹³ Simi S. (2011) , "Dalla 'medicina basata sulle prove' alla ' medicina centrata sul paziente'", in Ruggeri F. (a cura di) quale salute per chi. Sulla dimensione sociale della salute", ed. F. Angeli/Sanità, Milano

¹⁴ Lippi A., Ruggeri F. (2011), "Progetto 'memoria e inclusione'- Proposta per il Piano Integrato di salute mirata a incrementare la *qualità della vita* attraverso il coinvolgimento dei cittadini più fragili, della zona Alta val di Cecina". Lavoro inedito.,

¹⁵ Lippi A. Ruggeri F. (2011), "Volterra, da luogo 'tagliato fuori' a centro di idee per lo sviluppo: la Bottega dell'inclusione", in Studi Zancan n. 1, Padova

¹⁶ L'associazione è una ONLUS che aspira a salvare i graffiti da una fine prossima ed immeritata, oltre a valorizzare quanto documenti la psichiatria locale e tenere viva la memoria di Aldo Trafeli, infermiere impegnato nella trascrizione e conservazione dei graffiti, nonché operatore- quasi unico- ad avere avuto rapporti sistematici con Nannetti.



il protagonismo identitario individuale e collettivo; consentendo il rafforzamento della capacità di agire che, specialmente per gli anziani, ma non solo, diventa un elemento per ripristinare e rinforzare la capacità di operare e di superare l'isolamento.



In conclusione, fare memoria a Volterra è una componente della storia e della metodologia dell'inclusione, ma diventa un elemento di salute per i singoli e dà sostanza all'azione collettiva. Da questo nascono molti progetti, assai complessi da realizzare, basati sulle buone volontà di singoli e di associazioni, nelle quali è importante essere partecipi. *Tutto quel che so fare, è tener viva la memoria di questa storia: basterà?*¹⁷ Di certo è poco se non è esercitato comunitariamente, istituzioni in testa.

¹⁷ Dalla tradizione orale degli Hassidim (movimento mistico ebraico del XVIII° secolo)



Umano, non umano, disumano

Elenza Zago



Il manicomio di Granzette, come tanti altri manicomi in Italia, è diventato da luogo di contenimento, a luogo di cura, a luogo di decadimento.

Da luogo di sentimenti spesso negati, a luogo di memorie negate e gettate al vento e alla corrosione del tempo.

A Granzette, come in tanti altri luoghi simili a questo, la natura si sta riprendendo ciò che l'uomo le ha sottratto ponendolo al servizio di condotte e di azioni spesso brutali e disumane.

Una de-naturalizzazione della natura ai fini di una dis-umanizzazione dell'uomo.

Questo è stato la storia di molti manicomi italiani e ora, si sta arrivando ad una rivincita della natura sulle tracce dell'uomo.

Purtroppo, tale rivincita, sta cancellando tracce di una ricordo (spesso celato con cura) di non-esistenze di chi, tuttavia, è esistito, ha vissuto ed è sopravvissuto a questi luoghi.



Ma è possibile parlare di luoghi? O sarebbe meglio parlare di “non – luoghi”?

I non – luoghi della memoria, i non – luoghi dove per anni, decenni, hanno trascorso la loro non – vita dei non – uomini. Perché di questo si è spesso trattato: di non – uomini, ossia di persone non considerate umanamente accettabili, disumanizzate in una costrizione e in un'istituzione totale che le ha nascoste alla parte umanamente accettabile.

Umano , non umano, disumano, umanamente accettabile, umanamente non accettabile: queste erano le varie categorie che spesso hanno contraddistinto l'epoca manicomiale.

Umano: persona, uomo o donna, umanamente accettato.

Non umano: animale – uomo o donna non umanamente accettato per qualche stranezza, turba psichica o per qualche disgrazia o sfortuna accadutagli durante l'arco della vita.

Disumano: coloro che hanno disumanizzato l'uomo.

Umanamente accettabile: ciò che non reca fastidio e che non è indecoroso.

Umanamente non accettabile: ciò che reca fastidio ed è indecoroso.

La natura ora sta disumanizzando positivamente ciò che negativamente è stato umanizzato: riprende i propri spazi a favore di un ritorno al positivo.

Un luogo di decadimento è diventato luogo decadente, un luogo di contenimento, è diventato un contenitore di memorie dimenticate, un'enorme e vecchia scatola, una capsula del tempo che la natura sta sigillando, forse per mantenere intatti quei pochi frammenti memorabili.

In ogni spazio, in ogni angolo, si respira un'aria satura di antiche presenze che oramai stanno diventando un tutt'uno con la naturale vittoria dell'ambiente sull'uomo.

Vi riporto ciò che natura e umano stanno cercando di togliere alla vista indiscreta di chi, una memoria dei non – umani, vorrebbe riportarla alla luce.

Vi riporto tutto ciò, sotto forma di immagini.



Nascita del manicomio

Premessa. Nel 1906 viene deliberata dall'Amministrazione provinciale di Rovigo la costruzione di un Manicomio provinciale, da erigersi in località Granzette, ma i lavori vengono sospesi nel 1910 per l'eccessiva lievitazione dei costi; riproposta l'attivazione di un Ospedale psichiatrico provinciale nel 1925, finalmente il progetto viene completato con numerose varianti, seppur sulla falsariga di quello originario del 1906: l'edificio viene inaugurato il 28 ottobre 1929.

Inaugurazione. Il 28 ottobre 1929 ("VIII annuale della marcia su Roma") intitolato al Re Vittorio Emanuele III, veniva inaugurato il nuovissimo ospedale psi-chiatrico di Rovigo, dopo più di vent'anni dall'inizio dei lavori e 50 dai dibattiti in Consiglio Provinciale e sui giornali sull'opportunità di dotare anche la Provincia di Rovigo di un proprio centro di accoglienza e di cura dei malati di mente del territorio. Il Regolamento, di 59 articoli, era già stato approvato nel maggio 1928 dalla Deputazione provinciale e l'anno successivo fu approvato il Regolamento organico per il personale. Il 20 marzo (1930) successivo l'Ospedale apre i battenti con l'arrivo del primo convoglio di alienati maschi provenienti dal manicomio di S. Servolo a Venezia, due giorni dopo fu la volta delle malate "depositate" a Noventa Vicentina, per un totale di 100 pazienti, mentre contemporaneamente iniziava il servizio di prima accettazione provinciale. L'Istituto poteva così attivarsi pienamente, accogliendo e ritirando inoltre i malati dispersi negli altri similari ospedali e luoghi di cura fino ad allora usufruiti per tale scopo, per cui l'1 giugno 1930 risultavano presenti 350 unità di accolti, di cui 199 uomini e 131 donne. Da allora e per 50 anni, fino al 1980, allorché non furono più accolti nuovi malati, in conseguenza delle nuove disposizioni in materia, l'ospedale psichiatrico di Rovigo assolve la funzione di ricovero e di cura per tutta la provincia di Rovigo dei malati psichici, accogliendo migliaia di pazienti, nel compito specifico di istituzione totale, cui era deputato in base alla legge psichiatrica allora in vigore. *Da "Il luogo dei sentimenti negati – L'Ospedale psichiatrico di Rovigo (1930-1997)", di Luigi Lugaresi, Azienda ULSS 18 – Rovigo, 1999.*