





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

studi culturali - supplement
concetti e pratiche

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

in collaborazione con



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

1. *Il lungo Ottocento e le sue immagini. Politica, media, spettacolo*
a cura di Vinzia Fiorino, Gian Luca Fruci, Alessio Petrizzo, 2013, pp. 292
2. *Roger Freitas, Vita di un castrato. Atto Melani tra politica, mecenatismo e musica*
traduzione di Anna Li Vigni, 2015, pp. 380 ill.
3. *Emozioni, corpi, conflitti*
a cura di Vinzia Fiorino e Alessandra Fussi, 2016, pp. 206, ill.
4. *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, a cura di Giovanni Vito Distefano, Marica Setaro, Davide Tabor, 2025, pp. 240.
5. *Memorie della deistituzionalizzazione in Italia. Testimonianze orali, soggettività e narrazioni pubbliche della liberazione dal manicomio dagli anni Sessanta a oggi*, a cura di Daniela Adorni, Filippo Maria Paladini, Davide Tabor, 2026, pp. 392.
6. *Sottratti all'invisibilità. L'immaginario del manicomio tra cinema, televisione, documentari e videogiochi*, a cura di Antioco Floris, Marina Guglielmi, Chiara Tognolotti, 2026, pp. 260.

Memorie della deistituzionalizzazione in Italia

Testimonianze orali, soggettività e narrazioni pubbliche
della liberazione dal manicomio dagli anni Sessanta a oggi

a cura di

Daniela Adorni, Filippo Maria Paladini, Davide Tabor



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

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



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



**Ministero
dell'Università
e della Ricerca**



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



UNICA

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI CAGLIARI



DIPARTIMENTO DI LETTERE,
LINGUE E BENI CULTURALI



UNIVERSITÀ DI PISA



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



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

ARCHEOLOGIA
GEOGRAFIA
STORIA
STORIA DELL'ARTE
FOTOGRAFIA
FOTODOCUMENTO

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

© Copyright 2026

Edizioni ETS

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

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

Messengerie Libri SPA

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

Promozione

PDE PROMOZIONE SRL

via Zago 2/2 – 40128 Bologna

ISBN 978-884677465-1

ISSN 2421-4418

Sommario

Prefazione. Voci, memorie e testimonianze del manicomio e della deistituzionalizzazione <i>Daniela Adorni, Filippo Maria Paladini, Davide Tabor</i>	9
Cura e istituzione. Psichiatria, deistituzionalizzazione e governo della sofferenza <i>Daniela Adorni</i>	13
Memorie della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia <i>Davide Tabor</i>	37
I. PRESENTI REMOTI	
Medicina e psichiatria, ovvero cani e banane: una testimonianza <i>Annibale Crosignani</i>	57
Ricordi di un cambiamento <i>Germana Massucco</i>	61
Giuseppe Biasini. Un caso di obiezione etica prima della legge 180 <i>Mirko Capozzoli</i>	65
Manicomio: eredità avvelenata oppure sorgente di opportunità? <i>Caterina Corbascio</i>	73
Memoria della comunella <i>Stefano Candellieri, Davide Favero</i>	85

II. TRA MANICOMIALITÀ, MANICOMIALITÀ ATTENUATA, DEISTITUZIONALIZZAZIONE (E NEOMANICOMIALITÀ)

Le regole della follia. Vicende dell'istituzione manicomiale nelle aule di giustizia
Ernesto De Cristofaro 97

L'istituzione affermata ovvero la resistibile ascesa della medicalizzazione
in psichiatria
Fabrizio Gambini 109

Tecnici della cura, funzioni dell'oppressione: parole per non dimenticare
Giampaolo Di Piazza, Maurizio Ferrara 119

Memoria del «lavoro negativo»: volontariato, welfare e movimenti
Luca Ceraolo, Xenia Chiaramonte, Luca Negro 131

Memorie del Tso
Federica Nota 145

III. VOCI DENTRO E ATTRAVERSO IL MANICOMIO

Sguardo medico e memoria clinica: la costruzione dell'immaginario
manicomiale ne *Le libere donne di Magliano*
Alessandra Tonella 159

Maria Fuxa e la resilienza nell'esperienza del manicomio
Alessandra Trevisan 169

Alda Merini racconta Adalgisa Conti: testimonianze dell'internamento
femminile
Mara Sabia 181

Voci deistituzionalizzate: la lezione di Anna Maria Bruzzone
Rosa Marzano 191

IV. PAESAGGI DELLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE PSICHIATRICA IN ITALIA. ESPERIENZE, MEMORIE, STORIE, INCIAMPI TRA ANNI SESSANTA E OGGI

Il difficile avvio della deistituzionalizzazione del manicomio cagliaritano
di Villa Clara. L'insegnamento di Dario De Martis, Fausto Petrella
e Hrayr Terzian
Maria Luisa Di Felice 203

La comunità terapeutica del reparto 5 di Torino e Collegno, 1969-1972. Residenze, strumenti di cura e modello di lavoro <i>Giancarlo Albertini</i>	217
L'ambulatorio psichiatrico territoriale di Settimo Torinese <i>Giacomo L. Vaccarino</i>	229
«Sud, manicomio e 180». Il dibattito sull'attuazione della riforma psichiatrica negli anni Ottanta <i>Manoela Patti</i>	241
La deistituzionalizzazione a Feltre: progetti di nuova psichiatria nelle memorie dei suoi protagonisti <i>Cecilia Molesini</i>	253
Tracce, territori, architetture. Traiettorie etnografiche fra archivi istituzionali e spazio pubblico <i>Massimiliano Minelli, Giulia Nistri</i>	263
V. IL MANICOMIO TRA SPETTACOLO, DISMISSIONE E MEMORIA SCOMODA	
«Vedere con gli occhi propri i più ridicolosi soggetti»: la visita del manicomio nell'immaginario letterario rinascimentale e oggi <i>Giovanni Vito Distefano</i>	277
Memorie di un progetto incompiuto per sopravvenuta libertà. La vicenda del piano Bellavitis e Valle per l'ospedale psichiatrico di Trieste <i>Giuseppina Scavuzzo</i>	285
Dentro e fuori il manicomio. Il progetto di trasformazione dell'ex ospedale psichiatrico di Grugliasco <i>Giovanni Durbiano, Francesca Favaro</i>	297
I musei della mente: convivere con una memoria scomoda <i>Martina Di Prisco</i>	307
Reimmaginare i margini urbani: ex manicomi, arte e memoria collettiva <i>Francesca Bianchi, Gozde Yildiz</i>	319

Memoria, ricostruzione, risarcimento. Il caso del manicomio di San Salvi
a Firenze

Eliana Martinelli

329

Bibliografia

a cura di Filippo Maria Paladini

339

Indice dei nomi

371

Le autrici e gli autori

381

Prefazione

Voci, memorie e testimonianze del manicomio e della deistituzionalizzazione

Daniela Adorni, Filippo Maria Paladini, Davide Tabor

Per molto tempo i manicomi sono stati luoghi chiusi, non solo per le persone che vi erano ricoverate ma anche nelle immagini dell'opinione pubblica. In Italia, soprattutto dalla fine degli anni Sessanta, il loro racconto pubblico ha iniziato a cambiare grazie alle azioni del movimento anti-istituzionale, degli psichiatri riformatori e grazie alle “voci” che iniziarono a oltrepassare i muri e i cancelli – materiali e immateriali – degli ospedali psichiatrici: le parole delle internate e degli internati – a cui era finalmente “restituita soggettività” – cominciarono così a diffondersi e a essere ascoltate, insieme a quelle di chi criticava l’“istituzione totale” e operava per rivoluzionare le culture della malattia e per modificare le pratiche della cura. In periodi diversi, tali testimonianze hanno prodotto varie memorie della liberazione dal manicomio – memorie individuali e collettive formatesi a opera di singoli gruppi, dipendenti dai vissuti personali e professionali e dalle esperienze politiche, coltivate da precise comunità del ricordo, condizionate dalle appartenenze di genere e di generazione, legate a luoghi specifici, diffuse attraverso particolari dispositivi, canali e strumenti di comunicazione – che a loro volta hanno influito sulla formazione di narrazioni e di memorie pubbliche.

Il presente volume – che si inserisce in un progetto di ricerca nazionale più ampio sul rapporto tra narrazioni, storie di manicomio e deistituzionalizzazione psichiatrica¹ – si concentra sulle memorie della deistituzionalizzazione in Italia e, attraverso i tanti contributi provenienti da discipline differenti, intende discutere in particolare le forme e i tempi attraverso cui le testimonianze personali del manicomio e del suo superamento sono state raccolte, usate e trasmesse dagli anni Sessanta a oggi.

¹ Prin 2022, *Narration and Care. The deinstitutionalization of the asylum system in Italy: history, imaginary, planning (from 1961 to today)*, promosso dal Dipartimento di Lettere, Lingue e Beni culturali dell'Università di Cagliari, dal Dipartimento di Studi storici dell'Università di Torino e dal Dipartimento Civiltà e Forme del Sapere dell'Università di Pisa. Per la presentazione del progetto e del gruppo di ricerca si rimanda al sito <https://prin.unica.it/de-asylum/> (ult. cons. 25/09/2025). Frutto della ricerca è la recente pubblicazione: G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, ETS, Pisa 2025.

Queste testimonianze hanno tutte origini diverse e, nel corso dei decenni, hanno trovato varie vie di trasmissione. Esse sono “voci” – tracce e sedimenti di vite – registrate, trascritte e divulgate prima, durante e dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici: esperienze che rivivono nei luoghi e nelle architetture dell’internamento o attraverso le performance artistiche, che sono documentate in archivi personali, che riaffiorano in opere letterarie e cinematografiche, che hanno attraversato le aule giudiziarie, che sono state dette nelle relazioni di cura, che sono alla base di mostre e di allestimenti museali, che guidano azioni di rigenerazione degli spazi abbandonati e riprogettati. Ancora: tali voci possono aver assunto la conformazione di interviste audioregistrate o videoregistrate alle e ai testimoni, anche di quelle presenti nelle inchieste, nelle trasmissioni televisive, nei documentari, nelle cronache dei giornali e più recentemente online; possono essere raccolte di testimonianze, diari personali, registrazioni (sonore o audiovisive) o trascrizioni (complete o parziali) di interventi in occasioni pubbliche e in riunioni di lavoro (per esempio verbali di incontri, assemblee, manifestazioni, gruppi politici, ecc.); possono inoltre esser diventate romanzi, *memoir*, biografie e autobiografie, ecc.

Tutte insieme, queste “voci” ricordano storie che appartenevano alle pazienti e ai pazienti, al personale medico, infermieristico e di cura, alle operatrici e agli operatori sociali, alle assistenti sociali, alle amministratrici e agli amministratori pubblici, alle socie e ai soci di associazioni e di cooperative, alle giornaliste e ai giornalisti, alle scrittrici e agli scrittori, alle registe e ai registi, alle artiste e agli artisti, alle militanti e ai militanti politici, a chi prese parte alle lotte anti-istituzionali, alle e agli architetti e progettisti chiamati a discutere le trasformazioni degli spazi e, dopo, il loro riutilizzo, e a ogni individuo che, per le ragioni più diverse, aveva vissuto, interamente o parzialmente, la lunga storia della deistituzionalizzazione italiana con vari orientamenti.

Le tante tipologie di memorie della deistituzionalizzazione hanno caratteristiche, origini e finalità molto diverse, che occorre indagare a fondo. I vari saggi presenti nel libro contribuiscono a censire le pratiche di utilizzo delle testimonianze nel racconto della deistituzionalizzazione, a ricostruire quando e come esse siano state raccolte e usate, a capire perché esse abbiano oltrepassato i muri dei manicomi e dello stigma, a interpretare in che modo esse abbiano concorso a ridefinire il rapporto dentro-fuori (tra manicomio e società) e ad analizzare i meccanismi attraverso cui sono diventate vere e proprie memorie. In generale, essi ci aiutano a riflettere sui caratteri della memoria pubblica della deistituzionalizzazione e a studiare, mettendole a confronto, le morfologie delle memorie individuali e collettive, di cui si iniziano a tratteggiare anzitutto i contesti di produzione, i dispositivi e gli ambienti di trasmissione, i modelli di ricezione, le connotazioni di genere e di generazione, le geografie e le cronologie².

² Parte integrante del lavoro sulle memorie è la raccolta di schede online che compone la struttura iniziale dell'*Atlante del Superamento dei manicomi Italiani*. Per accedere all'Atlante: <http://de-asylum-data.eu/> (ult. cons. 25/09/2025). Sul sito è possibile visionare la mappa e cercare per parole chiave.

Il volume raccoglie ventinove contributi scritti da trentasei autrici e autori affini a varie discipline (dalla storia all'antropologia, dalla storia dell'arte e dell'architettura alla progettazione architettonica, dalla sociologia agli studi letterari, dall'archivistica alla psichiatria, e così via) con sensibilità e prospettive molto diverse. I saggi sono stati suddivisi in cinque parti: *Passati remoti*; *Tra manicomialità, manicomialità attenuata, deistituzionalizzazione (e neomanicomialità)*; *Voci dentro e attraverso il manicomio*; *Paesaggi della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia. Esperienze, memorie, storie, inciampi tra anni Sessanta e oggi*; *Il manicomio tra spettacolo, dismissal e memoria scomoda*.

La prima parte, *Passati remoti*, raccoglie riflessioni sulla formazione delle memorie della deistituzionalizzazione psichiatrica e sulle eredità e due ricordi personali. La seconda, *Tra manicomialità, manicomialità attenuata, deistituzionalizzazione (e neomanicomialità)*, compara casi ed esperienze del passato e del presente, dando rilevanza alla rottura delle dinamiche manicomiali e alle forme e ai rischi della loro riproduzione. La terza parte, *Voci dentro e attraverso il manicomio*, si concentra sulle testimonianze del manicomio e sulle modalità di restituzione. La quarta, *Paesaggi della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia. Esperienze, memorie, storie, inciampi tra anni Sessanta e oggi*, è interamente dedicata alle geografie delle memorie e al rapporto tra ricordi e luoghi. La quinta parte, *Il manicomio tra spettacolo, dismissal e memoria scomoda*, approfondisce, infine, varie forme narrative delle storie di internamento e di liberazione, prevalentemente collegate agli spazi delle aree ex manicomiali, e le domande di memoria a cui esse rispondono.

Cura e istituzione. Psichiatria, deistituzionalizzazione e governo della sofferenza

Daniela Adorni

Il saggio intende offrire una cornice teorico-critica per leggere le memorie, le testimonianze e le pratiche della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia, assumendo istituzionalizzazione, deistituzionalizzazione e neo-istituzionalizzazione non come tappe cronologicamente separate e lineari, ma quali differenti configurazioni storiche di un medesimo problema, quello cioè del “governo” sociale e politico della sofferenza psichica, dell’alterità e della vulnerabilità. Fu proprio la critica radicale alla psichiatria manicomiale a mostrare come l’istituzione (manicomio e psichiatria insieme) non si limitasse a contenere una patologia preesistente, ma concorresse a definirla, produrla e stabilizzarla attraverso dispositivi di sapere, gerarchie e pratiche che trasformavano (e continuano a trasformare) l’esperienza in ruolo, la biografia in caso e la cura in funzione di ordine. In questa prospettiva, parlare di deistituzionalizzazione nel caso italiano significa fare riferimento non tanto alla pur necessaria chiusura dei manicomi, quanto piuttosto a quel lungo e conflittuale processo di smontaggio della logica di potere sottesa all’istituzione totale, un processo – peculiare nell’intreccio tra trasformazione delle pratiche di cura, ridefinizione dei diritti di cittadinanza e sperimentazioni territoriali – volto a restituire alla follia lo statuto di esperienza e ad aprire spazi di parola, di contrattualità e di incontro. Un processo che tuttavia, proprio perché ha investito i rapporti di potere e le forme sociali della dipendenza¹, è restato strutturalmente esposto a esiti reversibili che, nella contemporaneità, si manifestano nella riproposizione di dispositivi custodialisti sotto nuove e meno evidenti vesti. Derive queste ultime che divengono intelleggibili se lette alla luce della categoria di neo-istituzionalizzazione: strumento per interrogare criticamente il “dopo” del manicomio, essa consente di cogliere come la logica manicomiale abbia potuto e possa riconfigurarsi e riorganizzarsi, senza ricorrere alla segregazione classica, in

¹ Con “forme sociali della dipendenza” si intendono gli assetti storicamente determinati attraverso cui le società organizzano, istituzionalizzano e governano la vulnerabilità, trasformando bisogni, crisi e interdipendenze in ruoli amministrabili e relazioni gerarchiche stabilizzate. In questa prospettiva, la dipendenza non appare come un deficit individuale, ma come l’esito di dispositivi materiali e simbolici che producono asimmetrie di potere, fissano soggettività minoritarie e rendono strutturale la delega della cura.

forme meno visibili – ospedalizzazione surrettizia, micro-istituzioni residenziali, medicalizzazione del disagio sociale, standardizzazione dei percorsi di cura e slittamenti trans-istituzionali – ma pur sempre finalizzate a produrre esistenze amministrate.

1. Produrre la malattia, amministrare la differenza

Parlare di istituzionalizzazione in campo psichiatrico non significa riferirsi esclusivamente a una forma storica ormai superata, né limitarsi alla descrizione delle pratiche manicomiali novecentesche. L'istituzionalizzazione designa piuttosto una logica di potere, di sapere e di organizzazione della cura che attraversa la modernità e che trova nel manicomio la sua espressione più concentrata e violenta, ma non la sua unica realizzazione². È proprio a partire da quella logica – che trasforma la sofferenza in oggetto amministrabile, la devianza in categoria tecnica e il soggetto in ruolo – che diventa possibile comprendere tanto la critica radicale alla psichiatria tradizionale quanto le ambivalenze e i rischi inscritti nei processi di deistituzionalizzazione e nelle loro successive riconfigurazioni.

Fra anni Sessanta e Settanta, la psichiatria alternativa muoveva da un assunto di fondo, dal considerare cioè l'istituzione manicomiale non quale semplice contenitore neutro della malattia, ma dispositivo di produzione di normalità e devianza, di esclusione e disciplinamento. Al suo interno, definendo come “normale” ciò che si adeguava al reale così come è storicamente dato, la psichiatria si mostrava quale apparato di conservazione dell'esistente, che occultava il carattere contingente e politico dei propri criteri di valutazione. In questa sua funzione normalizzante, orientata non al malato – alla sua esperienza, ai suoi significati, ai suoi progetti – ma alla tutela della società e dei suoi assetti consolidati, i problemi che appartenevano alla sfera sociale venivano sequestrati e riscritti nel linguaggio della patologia individuale, mentre la differenza era delegittimata attraverso l'etichetta di “malattia”. In altri termini, ciò che poteva essere letto come dissenso, non conformità, rifiuto di norme storicamente determinate, era ricondotto a disfunzione individuale e trasformato in fatto clinico, sottraendolo così alla critica e alla discussione pubblica:

l'idea stessa che un particolare comportamento deviante possa ricevere una defi-

² Lo stesso Goffman insiste su questo punto: «dobbiamo vedere l'ospedale psichiatrico, nel recente contesto storico nel quale si è sviluppato, come un'istituzione in una rete di altre istituzioni, deputate a fornire una residenza a diverse categorie di persone socialmente indesiderate. Queste istituzioni comprendono case di cura, ospedali generali, case per anziani, prigioni, cliniche geriatriche, case per mentalmente ritardati, fattorie di lavoro, orfanotrofi e case di ricovero. Ogni ospedale di stato ha una frazione notevole di pazienti che potrebbero benissimo essere ospitati in una di queste altre istituzioni»: E. Goffman, *Il modello medico e il ricovero psichiatrico. Note sul lavoro di «riparazione»*, in E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968, pp. 337-399 (I ed. ingl. 1961).

nizione tecnica in termini medico-psichiatrici implica la possibilità che la devianza in generale venga definita secondo criteri che [...] sfuggono alla possibilità di una critica politica³.

Nel denunciare con forza il meccanismo per cui

il *deviante*, come colui che si trova al di fuori o al limite della norma è mantenuto all'interno o dell'ideologia medica o di quella giudiziaria che riescono a contenerlo, spiegarlo e controllarlo. Il presupposto qui implicito che si tratti di personalità abnormi originarie, ne consente l'assorbimento nel terreno medico o penale, senza che la devianza – quale concreto rifiuto di valori relativi, proposti e definiti come assoluti e imm modificabili – intacchi la validità della norma e dei suoi confini. In questo senso l'ideologia medica o quella penale servono qui a contenere, attraverso la definizione di abnormità originaria, il fenomeno, trasponendolo in un terreno che garantisca il mantenimento dei valori di norma. Non si tratta di una risposta tecnica ad un problema di carattere specialistico, quanto piuttosto di una strategia difensiva, tesa a mantenere lo status quo, a tutti i livelli. La scienza, in questo caso, assolve il proprio compito, fornendo codificazioni ed etichette che consentano la netta separazione dell'abnorme dalla norma⁴,

la psichiatria antistituzionale, rovesciando il discorso, attribuì alla “diversità” una valenza eminentemente politica, tanto quanto politica era, incardinata nel luogo fisico manicomio, la coerenza profonda tra un certo assetto scientifico della psichiatria e la funzione sociale che essa era chiamata a svolgere.

1.1 Spoliazione e normalizzazione

Dentro questa cornice, dunque, alla nuova psichiatria il manicomio appariva come uno dei luoghi privilegiati di esercizio di tale strategia di patologizzazione e istituzionalizzazione della diversità; prodotto di una diffusa e radicata “cultura dell'esclusione”⁵, che precedeva e legittimava la segregazione, era lo spazio in cui

³ G. Jervis, *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 293-319, p. 304.

⁴ F. Basaglia, *L'ideologia della diversità*, in F. Basaglia, F. Basaglia Ongaro (a cura di), *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino 1971, pp. 17-33, a pp. 19-20.

⁵ A questa “cultura dell'esclusione” – quella che agiva nella fase che Goffman chiamava “del predegente” –, Franca Ongaro riconduceva «gli esempi più recenti e clamorosi dei campi di eliminazione nazisti o la condizione dei colonizzati», sicché «l'analisi di Goffman del ricoverato negli ospedali psichiatrici o quella di Franz Fanon sulla condizione del negro, o quella ancora, di Primo Levi sul prigioniero dei campi di eliminazione nazisti, parlano tutte lo stesso linguaggio perché si riferiscono tutte allo stesso fenomeno»: F. Ongaro, *Commento a E. Goffman. “La carriera morale del malato mentale”*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino 1973, pp. 221-284. Il saggio di Goffman fu originariamente pubblicato in «Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes», XX (maggio 1959), n. 2, pp. 123-142, poi ricompreso in *Asylums* (nella citata edizione italiana alle pp. 151-194) e, appunto, riprodotto in *Che cos'è la psichiatria?*

devianza, povertà, marginalità venivano raccolte, segregate, codificate e disciplinate sotto il segno della malattia mentale trasformando il soggetto in oggetto e cancellandone la storia; lo spazio in cui la cura si rovesciava in amministrazione della pericolosità.

Ma non solo: l'internato, persona "malata" depositata in un luogo deputato dove la società potesse dimenticare ciò che quella stessa esclusione contribuiva a produrre, era piuttosto il frutto di un processo di spoliazione e di ridefinizione istituzionale⁶: separato dalla propria biografia, dai propri legami, dal proprio ruolo sociale, egli veniva riassetato come "caso", come pura funzione dell'ordine istituzionale, e la sua stessa esistenza era supporto di un potere che si legittimava nel nome della cura, di una "cura" il cui scopo non era migliorare la vita del soggetto, ma neutralizzarne l'eccedenza.

Spoliazione della persona (perdita di identità, diritti, autonomia, memoria sociale), attribuzione di un ruolo totale (il "malato mentale" come identità unica e definitiva)⁷, naturalizzazione della dipendenza, una dipendenza che non precedeva l'istituzione, ma che era prodotta al suo interno per poi essere assunta quale prova della necessità della custodia⁸: questa, in breve, era l'istituzionalizzazione prodotta dalla psichiatria manicomiale. Contro di essa si rendeva necessario mettere radicalmente in questione lo statuto stesso di ciò che veniva riconosciuto come "comportamento patologico", interrogare se le condotte attribuite al malato mentale fossero realmente espressione di una condizione clinica pregressa, oppure se non andassero piuttosto comprese come esito di una specifica esperienza di vita imposta, quella di una "vita concentrazionale" che riorganizzava in profondità l'agire, il sentire e le

⁶ «Analizzando la situazione dell'internato in un ospedale psichiatrico [...] potremmo incominciare a dire che egli appare, prima di tutto, come un uomo senza diritti, soggetto al potere dell'istituto, che lo ha allontanato ed escluso»: F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, cit., pp. 111-151, a pp. 122-123.

⁷ Era il momento del ricovero a segnare la soglia decisiva, poiché «stabilisce il passaggio dal ruolo di "persona intenzionale" a quello di "persona malata" che, proprio in quanto tale, ha perso ogni intenzionalità o è ridotta ad una pura "intenzionalità malata"» (F. Ongaro, *Commento a E. Goffman*, cit., p. 272).

⁸ Non dalla "malattia" derivava la perdita di autonomia e di intenzionalità, ma dall'annullamento sistematico di ogni "retroscena" – E. Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna 1997 (I ed. ingl. 1956) – e dalla regolazione eterodiretta della vita quotidiana cui contribuivano la stessa organizzazione artificiale e asimmetrica delle relazioni all'interno dell'istituzione manicomiale (la convivenza, infatti, non nasceva da legami scelti ma era imposta dall'assetto stesso dell'internamento dove gruppi di persone, spesso numerosi, erano costretti a condividere spazi, tempi e attività in modo forzato e si strutturava nell'opposizione tra chi esercitava il controllo – il personale cui era affidata la conduzione della vita istituzionale e il mantenimento delle sue regole – e chi ne era oggetto) e quella sorta di livella istituzionale rappresentata dalla classificazione dei degenti, sulla base di caratteristiche ritenute comuni, in sottogruppi sottoposti a trattamenti standardizzati che annullavano le differenze individuali.

modalità di relazione del soggetto⁹. L'adattamento a un ambiente artificiale che normalizzava attraverso la ripetizione, la dipendenza, la prevedibilità delle condotte, il "governo" dei corpi, concorreva infatti a produrre quella "regressione istituzionale" – vera e propria patologia indotta, portato non della malattia ma dell'esperienza stessa dell'internamento¹⁰ – funzionale a una razionalità non orientata al soggetto, ma al funzionamento dell'apparato che lo conteneva. «I risultati di una simile trasposizione di valori (dall'uomo, all'efficienza dell'organizzazione che lo tutela)» erano tali per cui ogni manifestazione di spontaneità o di non allineamento era ridefinita come disfunzione per il suo interferire con il buon andamento dell'istituzione, e non l'ascolto o la comprensione era la risposta, ma la correzione, la coercizione al comportamento conforme che mirava a eliminare l'attrito e a neutralizzare la contraddizione: di qui la distinzione, eminentemente istituzionale, tra il "buon" malato e quello "cattivo" e "non collaborativo"¹¹. Quest'ultimo, «quello che si presenta come la persona non ancora del tutto serializzata»¹² era colui che resisteva, che non interiorizza pienamente le regole e continuava a manifestare bisogni, desideri e conflitti incompatibili con l'ordine organizzativo¹³. Il buon malato, al contrario, era colui che

⁹ F. Ongaro, *Commento a E. Goffman*, cit., *passim*.

¹⁰ F. Basaglia, *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, cit., pp. 15-31. La "regressione" non indica un ritorno spontaneo a uno stadio precedente dello sviluppo, bensì l'esito di una condizione ambientale che, annullando progressivamente ogni spazio di autodeterminazione, induce il soggetto a rinunciare a funzioni, desideri e iniziative non più praticabili nel contesto istituzionale. La perdita di competenze e di intenzionalità non è dunque un dato clinico originario, ma il risultato di un processo di adattamento a un mondo che esige passività, dipendenza e conformità. Tuttavia, «ciò che viene interpretato come l'"adattarsi" all'ambiente da parte del degente, può essere invece espressione della sua intenzione – e quindi della scelta di un nuovo comportamento che gli faccia vivere meno dolorosamente la frustrante esperienza di essere stato escluso e rifiutato»: F. Ongaro, *Commento a E. Goffman*, cit., p. 272. L'adattamento, in questo senso, non è segno di salute ritrovata, ma strategia di sopravvivenza dentro un ambiente artificiale e coercitivo. Ne consegue che il conformarsi alle regole dell'istituzione non ha nulla a che vedere né con la guarigione, né con la possibilità di abitare il mondo esterno: l'istituzionalizzazione manicomiale, lungi dal preparare al reinserimento sociale, produce soggetti addestrati a un ordine che esiste solo al suo interno e rappresenta, per questo, un ostacolo strutturale alla restituzione del malato mentale alla vita sociale.

¹¹ F. Ongaro, *Commento a E. Goffman*, cit., pp. 273-277.

¹² *Ivi*, p. 277.

¹³ Questo soggetto "non collaborativo", capace di "resistere" alle pratiche di spoliazione e demolizione dell'identità, «virtuoso della sopravvivenza in un mondo quotidiano irto di pericoli potenziali per il suo rispetto di sé o, ciò che è la stessa cosa, per il rispetto "del suo sé"» è l'emblema della «dimensione tipicamente umana della resistenza all'oppressione, anche quando questa si manifesta nelle forme più neutrali, organizzate, scientifiche»: «ritagliarsi degli spazi personali, escogitare canali di comunicazione alternativi a quelli ufficiali, creare delle reti di solidarietà, in breve mantenere in vita un altro tipo di socialità, è la risposta paziente, anche se sommersa, che gli internati danno alle pretese totalitarie dell'istituzione»: Alessandro Dal Lago, *Prefazione*, in E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino 2001, pp. 7-19, p. 17.

aveva introiettato i valori dell'istituzione, che non disturbava, che non "eccedeva" e che progressivamente rinunciava a esprimere la propria individualità.

Sul terreno più squisitamente politico, nell'analisi compiuta dalla psichiatria critica, però, non solo quello chiuso era lo spazio in cui quella razionalità istituzionale operava, essa si iscriveva in più ampi rapporti di potere sociale e economico di cui il manicomio rappresentava una delle articolazioni storiche. L'istituzionalizzazione partecipava infatti a pieno titolo ai meccanismi capitalisti di esclusione, sfruttamento e mercificazione e si rivelava funzionale alla regolazione della forza lavoro, intercettando e neutralizzando quanto si frapponeva alle esigenze di produttività, affidabilità, normalità:

la malattia diventa merce: merce avariata da recuperare attraverso la produzione di servizi che sono essi stessi merci. Il lavoro alienato riduce l'uomo, sano o malato, ad uno stato di alienazione da sé che sarà poi successivamente confermato da tutti gli interventi tecnici promossi apparentemente a favore della sua vita e della sua salute, ma che, di fatto, non sono che una riprova del suo sfruttamento e della sua mercificazione¹⁴.

In un sistema economico che non garantiva la piena occupazione e che, proprio per questo, «non può essere interessato alla riabilitazione del malato mentale»¹⁵, la scelta istituzionale dell'internamento era direttamente legata al «mancato potere contrattuale»¹⁶ di chi ne era destinatario:

La società cosiddetta del benessere [...] ha trovato un nuovo sistema: quello di allargare l'appalto del potere ai tecnici che lo gestiranno in suo nome e continueranno a creare – attraverso forme diverse di violenza: la violenza tecnica – nuovi esclusi¹⁷.

E la scientificità dell'atto terapeutico diventava la forma più efficace di un controllo che non aveva più bisogno di esporsi come violenza manifesta poiché la neutralità clinica ne mascherava il carattere selettivo e classista:

¹⁴ F. Basaglia, in collaborazione con F. Ongaro Basaglia e M.G. Giannichedda, *Il concetto di salute e malattia* (1975), in F. Basaglia, *Scritti 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, il Saggiatore, Milano 2017, *Seconda parte: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, pp. 811-827. Sull'irriducibile opposizione tra medicina del capitale e medicina della classe operaia, e sulla funzione dell'università «di preparare medici pronti al progetto sanitario del capitale», si vedano anche le posizioni militanti di Giulio Maccacaro, fondatore di Medicina democratica (maggio 1976) e dell'omonima rivista (aprile 1976) ad es.: G. A. Maccacaro, *Classe, salute e università*, in «Prospettive assistenziali», VII (1974), n. 27, pp. 11-20, disponibile all'url https://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/027/indice27.htm (ult. cons. 18/11/2025).

¹⁵ F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, cit., p. 134.

¹⁶ *Ivi*, p. 123.

¹⁷ *Ivi*, p. 116.

Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l'ordinanza in ospedale psichiatrico. [...] Il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà. Il ricovero "privato" non interrompe sempre il continuum dell'esistenza del malato, né riduce o abolisce in modo irreversibile il suo ruolo sociale. Per questo, superato il periodo critico, gli sarà facile essere reinserito in società. Il potere destorificante, distruttivo, istituzionalizzante a tutti i livelli dell'organizzazione manicomiale, si trova ad agire solo su coloro che non hanno altra alternativa oltre all'ospedale psichiatrico. [...] Proprio perché socio-economicamente insignificanti, questi malati sono oggetto di una violenza originaria (la violenza del nostro sistema sociale) che li spinge fuori della produzione, ai margini della vita associata, fino alle mura dell'ospedale¹⁸.

L'internamento, in altre parole, non era risposta neutra a un bisogno oggettivo di cura, ma la soluzione obbligata per coloro i quali non disponevano di altre risorse terapeutiche; era su questi soggetti che si esercitava in modo selettivo il potere istituzionalizzante¹⁹. In questo senso, l'istituzione manicomiale non si limitava a gestire l'eccedenza sociale, ma si era fatta spazio anche simbolico in cui la società espelleva da sé ciò che rifiutava di riconoscere come proprio, lo trasformava in patologia e restituiva in tal modo alla collettività l'illusione della propria coerenza e razionalità²⁰:

Questo concetto dell'esclusione come proiezione ed oggettivazione nell'altro di ciò che si rifiuta in sé, è fondamentale nella comprensione della carriera del malato mentale. L'istituzione è stata creata, infatti, essenzialmente a tutela della società dei sani [...] che, nel momento in cui isola in uno spazio concreto le proprie contraddizioni, può continuare ad illudersi di essere al sicuro²¹.

¹⁸ *Ivi*, p. 123.

¹⁹ La funzione selettiva dell'istituzione, cioè, non rispondeva a una "graduatoria" clinica della sofferenza, ma alla posizione sociale dei soggetti e alla loro disponibilità di risorse materiali, relazionali e simboliche.

²⁰ La lettura dell'istituzione manicomiale come dispositivo di esclusione simbolica si colloca in continuità con la genealogia foucaultiana dell'internamento e trova nella psichiatria critica italiana un'articolazione esplicitamente politica. L'istituzione non opera soltanto una separazione materiale, ma consente alla "società dei sani" di esternalizzare e neutralizzare le proprie contraddizioni, stabilizzando confini mobili di normalità e devianza. In questo senso, l'internamento non risponde a un'esigenza di cura, ma a una funzione di tutela dell'ordine sociale e della sua auto rappresentazione: F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975, pp. 3-111, specificamente al secondo paragrafo, *La scienza e la criminalizzazione del bisogno*, pp. 82-111. Un'accurata ricostruzione delle influenze filosofiche, dirette e indirette, sul pensiero e le pratiche della psichiatria antistituzionale e, in specie, di Franco Basaglia sta in S. D'Autilia, *Dopo la 180. Critica della ragione psichiatrica*, Mimesis, Milano-Udine 2020.

²¹ F. Ongaro, *Commento a E. Goffman*, cit., pp. 262-263.

1.2 Quando il sapere produce il “caso”

Fin qui la valenza descrittiva della nozione di istituzionalizzazione, cui però si affianca la sua natura performativa: essa, infatti, costituì al contempo il punto di avvio di una critica che preparò il terreno alla deistituzionalizzazione. Comprendere come l'istituzione producesse la malattia che diagnosticava, neutralizzasse le soggettività che pretendeva di curare, giustificasse la violenza come assistenza, naturalizzasse la dipendenza come condizione del malato e costruisse un mondo chiuso in cui l'individuo non aveva accesso a sé, significava rendere pensabile la sua dissoluzione. È su questa consapevolezza – maturata dentro e contro il manicomio – che la nuova psichiatria poté innestare il progetto di deistituzionalizzazione: non mera chiusura di un luogo, ma ridefinizione complessiva dei rapporti fra follia, società e cura.

Avevamo già capito che un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia ma molte altre cose: ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche noi medici che lo curiamo abbiamo bisogno. Questa è stata la nostra scoperta. Il malato non è solamente un malato ma un uomo con tutte le sue necessità²²:

è da questa desolante evidenza che prese avvio la messa in discussione radicale dei modelli psichiatrici e delle pratiche istituzionalizzanti²³. La consapevolezza della fragilità epistemologica delle classificazioni psichiatriche, unita al riconoscimento della persona quale soggetto di bisogni, relazioni e condizioni materiali dietro la diagnosi, permetteva di cogliere pienamente la natura violenta dell'internamento che lo sguardo clinico aveva fino a quel momento evitato di vedere – o non aveva voluto vedere. Di qui, dallo smascheramento della violenza istituzionale, derivava necessariamente una messa sotto accusa dello psichiatra – il quale, in quanto detentore legittimato del potere all'interno dell'istituzione, quella violenza perpetrava e perpetuava – e dello stesso cuore epistemologico della disciplina, non sapere esterno e neutrale rispetto all'istituzione, ma storicamente chiamata a fornire quel linguaggio tecnico che rendeva governabile la “devianza” traducendola in termini clinici come malattia²⁴. Poco utile sarebbe stato introdurre correttivi umanitari all'interno

²² F. Basaglia, *Le tecniche psichiatriche come strumento di liberazione o di oppressione* (San Paolo, Istituto Sedes Sapientiae, 18 giugno 1979) in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffaello Cortina, Milano 2000, pp. 3-26, p. 17.

²³ La nuova consapevolezza degli effetti del proprio intervento sulla persona malata maturata dalla psichiatria negli anni Sessanta e Settanta ebbe inevitabilmente come riflesso la perdita di credibilità di tale scienza, di «quella rispettabilità “data” e “garantita” che era suo privilegio ancora nei primi decenni di questo secolo»: G. Jervis, L. Schittar, *Storia e politica in psichiatria: alcune prospettive di studio*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, cit., pp. 171-202.

²⁴ È proprio nel manicomio, spazio in cui si manifesta «la classica mistificazione borghese che spaccia per autorità tecnica ciò che è già irrimediabilmente compromesso con la violenza del potere

di un sapere dato, l'obiettivo piuttosto era di incrinare il presupposto fondativo; la psichiatria così com'era e il sistema dell'internamento in cui era radicata non potevano essere semplicemente riformati, ma andavano demoliti.

Contro una psichiatria che fino ad allora aveva costruito muri – fisici, simbolici, epistemici – e che aveva ridotto esperienze storiche e relazionali in oggetti diagnostici, la nuova psichiatria iniziò ad aprire varchi, a immaginare una “soglia” tra normalità e follia, uno spazio di permeabilità, di incontro, anche fisico, fra le due condizioni. Non più il “folle”, cui l'impianto oggettivante della psichiatria tradizionale aveva attribuito una volta per tutte lo stigma di “malato” leggendone il comportamento quale mera somma di sintomi, ma un soggetto portatore di un progetto esistenziale, di un modo singolare di essere-nel-mondo. Non più il presunto curante, arroccato in «un'interpretazione ideologica della malattia che consiste nella formulazione di una diagnosi esatta, ottenuta attraverso l'incasellamento dei diversi sintomi in uno schema sindromico precostituito»²⁵ e per il quale curare significava «incidere, devitalizzare, asportare tutto ciò che mette in pericolo il benessere del corpo sociale»²⁶, ma il terapeuta chiamato a sospendere le categorie nosografiche e i pregiudizi che strutturavano il sapere psichiatrico, non per negare la sofferenza, ma per sottrarla alla violenza di una lettura esclusivamente classificatoria²⁷. Approcciarsi dunque «al

“politico” dell'uomo sull'uomo» – *ivi*, p. 196 –, che «nella misura in cui, di fronte ad un malato già violentato dalla famiglia, dal luogo di lavoro, dal bisogno, noi eravamo i detentori del potere, la nostra difesa si è inevitabilmente tramutata in un'offesa senza misura, ammantando la violenza che abbiamo continuato ad usare nei confronti del malato, sotto il velo ipocrita della necessità e della terapia»: F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, cit., p. 125).

²⁵ F. Basaglia, *Che cos'è la psichiatria?*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, cit., pp. 3-13, p. 7. La diagnosi, lungi dall'essere uno strumento neutro di comprensione, diventa così uno strumento di riduzione dell'esperienza e di stabilizzazione della dipendenza. Sulla stessa lunghezza d'onda, si muovevano negli anni Settanta i teorici della “medicalizzazione della società” primo tra tutti Ivan Illich che usava tale espressione in senso negativo: da un lato, ponendo sotto accusa l'“espropriazione” della salute e delle cure, un tempo “gestiti” dagli individui, dalla famiglia o dalla comunità, da parte delle istituzioni pubbliche e di altri attori privati che, in apposite strutture e con un personale medico o paramedico specializzato e seguendo specifici protocolli, non solo indicavano agli individui quali comportamenti tenere per mantenere il proprio stato di “salute”, ma giungevano a definire gli stessi concetti di “salute”, “malattia” e normalità. Dall'altro lato, denunciando come la rinuncia degli individui a una partecipazione attiva nella cura del proprio corpo e la delega di tale compito ai medici o ai farmaci si traducesse in alienazione e deresponsabilizzazione del paziente: I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977 (I ed. 1975).

²⁶ F. Basaglia, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico* (1979), in collaborazione con M.G. Giannichedda, in F. Basaglia, *Scritti 1953-1980, Seconda parte: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, pp. 881-897.

²⁷ In ciò consiste il debito più rilevante che la nuova psichiatria contrae con la fenomenologia, nel tentativo di spostare lo sguardo dalla “malattia” all'esperienza della follia. La prospettiva husserliana, mediata attraverso la *Daseinsanalyse* di Ludwig Binswanger, consente di rovesciare l'impianto oggettivante della psichiatria custodialista per recuperare il “mondo del soggettivo”, e, attraverso la sospensione del giudizio (*epochè*), penetrare nel mondo del paziente psichiatrico per comprendere il

malato mentale su di una dimensione reale in cui la classificazione della malattia ha e non ha peso»²⁸, comprendere i suoi comportamenti nel loro significato soggettivo, alla luce dei valori che li animano, del contesto spazio-temporale in cui si manifestano e della loro funzione rispetto al progetto esistenziale di chi ne è attore: era questo cambio di sguardo che solo poteva consentire di avvicinarsi al vissuto dell'altro anche quando si trattava di un vissuto segnato dalla sofferenza psichica, di cogliere il mondo come a egli appariva, restituendogli la dignità di interlocutore²⁹.

Messa tra parentesi la malattia come categoria assoluta, superato il filtro diagnostico che definisce i confini mobili e stratificati di ciò che è riconosciuto come malattia, restava la persona, il soggetto vivente, portatore di storia, bisogni e desideri, che poteva finalmente tornare al centro dell'attenzione medica, di una psichiatria consapevole della radicale inconciliabilità tra logica di custodia e logica di cura³⁰. Se

il mandato sociale [...] non impone di frantumare l'istituzione, ma di mantenerla; [...] non di criticare il ruolo oppressivo o integrante della psichiatria, ma di convalidare la "serietà" di questa disciplina [...] non di favorire il potere di contestazione degli esclusi e degli oppressi, ma di difendere i privilegi di chi esclude e opprime³¹,

il rifiuto di tale mandato era dunque imprescindibile. Non gesto etico individuale ma atto politico, esso era la condizione necessaria per rendere visibile il nesso tra sapere, violenza e istituzione, era il passaggio obbligato per liberare anche lo psichiatra restituendogli la possibilità di diventare quel medico che, nel manicomio, non

suo vissuto e la sua visione dell'esistenza: «la conoscenza di una persona, e in particolare la conoscenza che noi abbiamo di chi vive un'esperienza di follia, o anche la conoscenza di chiunque soffra di angoscia o di disperazione, non può avvenire se non sospendendo tutte le conoscenze astratte, pseudofilosofiche, pseudo-mediche che dimorano in noi» (E. Borgna, *Psichiatria e fenomenologia: le parole delicate*, in A. Massi (a cura di), *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, BeMa, Milano 2010, pp. 54-61, p. 56). Da ultimo, sul tema: M. Novello, G. Gallio (a cura di), *Franco Basaglia e la psichiatria fenomenologica. Ipotesi e materiali di lettura*, Mucchi, Modena 2023.

²⁸ F. Basaglia, *Che cos'è la psichiatria?*, cit., p. 7.

²⁹ «È solo nel cogliere la proiezione dell'essere nel mondo di un individuo, il suo progetto, la maniera nella quale egli si apre al mondo, che potremo avere una visione del perché egli c'è: così il progetto del mondo e il progetto di sé vengono a coincidere»: F. Basaglia, *Il mondo dell'«incomprensibile schizofrenico attraverso la Daseinsanalyse. Presentazione di un caso clinico»* (1953), in «Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia», LXXXI (1953), n. 3, pp. 471-499, ora in F. Basaglia, *Scritti 1953-1980*, cit., *Prima parte: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, pp. 47-71.

³⁰ «Si è visto [...] come il concetto di tutela (nel senso delle misure di sicurezza necessarie per prevenire e contenere la pericolosità dell'internato) sia in netto contrasto con il concetto di cura che dovrebbe invece tendere al suo espandersi spontaneo e personale; e come l'uno neghi l'altro»: F. Basaglia, *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, cit., pp. 15-31, a pp. 25-26.

³¹ G. Jervis, *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, pp. 293-319, p. 315.

aveva mai potuto essere³² e per aprire lo spazio a una trasformazione radicale delle pratiche di cura:

Agire in queste istituzioni della violenza, rifiutando la delega di semplici funzionari dell'ordine pubblico, implicita nel nostro ruolo di tecnici, significa svelarne praticamente la logica, dando a chi vive al loro interno come oggetti contenuti o soggetti contenenti la possibilità di una presa di coscienza pratica del meccanismo su cui si fondano³³.

Rifiutare quel mandato, quel potere di verità psichiatrica, significava in primo luogo disapplicare quelle pratiche terapeutiche che coincidevano con il mero annichilimento del paziente e traducevano «il gesto della società che lo esclude»³⁴: l'idea di cura come restituzione di voce alla sofferenza, come emersione delle singolarità era con tutta evidenza incompatibile con l'istituzione che totalizzava e irrigidiva, che trasformava in destino ciò che sarebbe potuta essere esperienza e in statuto permanente ciò che poteva essere crisi transitoria; era incompatibile con l'istituzione che pretendeva di “imbavagliare” la follia e faceva perdere agli internati «non solo le parole, ma anche il linguaggio delle parole e il linguaggio dei gesti»³⁵. Se l'obiettivo era quello di “riconduurre la follia alla vita”, di

rendere riconoscibile [...] il carattere di *esperienza* della follia, cioè il suo essere parte integrante dell'esperienza umana, [...] di far tornare in circolo questa esperienza umana, di restituirla alla vita sociale, di renderla pubblica, visibile, di superare la violenza intrinseca ad una società che chiude gli occhi su una propria comune esperienza umana. Rimettere in circolo la follia, tenere aperta la contraddizione che questa follia porta³⁶,

allora la trasformazione reale non poteva esaurirsi all'interno dei confini tecnici del-

³² Se infatti, l'istituzionalizzazione produceva sul corpo del malato un'azione modellante di natura eminentemente autoritaria, paragonabile a quella esercitata nei contesti coloniali, fino a comprimere le ultime possibilità di ricostituzione del corpo-proprio (corpo-vivo, centro vero del soggetto, origine e tramite della sua relazione con il mondo e con gli altri), un'analoga dinamica autoritaria investiva anche medici e infermieri. Privati della possibilità di un incontro autentico con l'altro, essi venivano progressivamente spinti a una perdita speculare del loro corpo-proprio, nonché dell'intenzionalità e della libertà, sacrificate alle esigenze del ruolo istituzionale entro cui erano, a loro volta, rigidamente costretti. Si veda: F. Basaglia, *Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale* (1967), in F. Basaglia, *Scritti: 1953-1980*, cit., *Prima parte: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, pp. 419-430.

³³ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, cit., p. 96.

³⁴ F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, cit., pp. 117-118.

³⁵ E. Borgna, *Psichiatria e fenomenologia: le parole delicate*, cit., p. 60.

³⁶ O. De Leonardis, *Ma questa è sociologia*, in A. Massi (a cura di), *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, cit., pp. 36-40, p. 38

la psichiatria, ma richiedeva di «rimettere in circolo la follia, tenere aperta la contraddizione che questa follia porta»³⁷, di restituirla alla collettività. Solo uscendo dai luoghi in cui gli veniva chiesto non di curare, ma di opprimere, lo psichiatra poteva tornare a essere curante: «Per poter veramente affrontare la “malattia” dovremmo poterla incontrare *fuori* delle istituzioni»³⁸.

2. *Demolire i muri*

Se l'istituzionalizzazione può essere descritta come un processo di produzione della devianza attraverso la spoliatura della persona e la fissazione in ruoli congelati, la deistituzionalizzazione si presenta, nel caso italiano, come il tentativo – necessariamente incompiuto e attraversato da contraddizioni – di invertire la direzione di quel meccanismo: non più un sapere che si legittima nel recinto chiuso dell'istituzione totale, ma una trasformazione capace di rendere visibili le condizioni sociali della follia e di restituire alla persona un margine di parola, di progetto e di contrattualità. Il mutamento introdotto dalla nuova psichiatria configurò un vero cambio di paradigma: dall'impostazione custodialista, coattiva e segregante del manicomio, fondata sulla riduzione della persona alla diagnosi, si passò, da un lato, alla messa in discussione della stessa scientificità della psichiatria, smascherata nelle sue componenti ideologiche, e, dall'altro, alla reinvenzione delle modalità di organizzazione della cura. Obiettivi centrali divennero l'abolizione dell'internamento, qualunque fosse il contenitore, e la costruzione di servizi di comunità pienamente sostitutivi dell'istituzione totale³⁹.

2.1 *Trasformare la cura: diritti, pratiche, conflitto*

Il primo equivoco da sfatare è quello che, con una piega riduzionista, identifica la deistituzionalizzazione con la mera chiusura dei manicomi, poiché abolire l'internamento non equivaleva automaticamente ad abolire la logica dell'internamento. Il manicomio, in quanto forma storica, poteva essere chiuso, ma la logica che lo aveva reso pensabile poteva riprodursi in altre sedi. Per questa ragione, la deistituzionalizzazione italiana si connotava per il suo carattere dichiaratamente politico e sociale: progetto radicato nelle pratiche, volto a ridefinire i rapporti di potere fra autorità e soggetti più vulnerabili e, più in generale, a ripensare le forme della relazione tra

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ F. Basaglia, *Il problema della gestione*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, cit., pp. 370-380, p. 374 (corsivo originale).

³⁹ Ampia documentazione delle riflessioni e delle esperienze antistituzionali italiane dall'inizio degli anni Sessanta al 1979 in F. Basaglia, P. Tranchina (a cura di), *Autobiografia di un movimento 1961-1979. Dal manicomio alla riforma sanitaria*, Unione Province Italiane, Regione Toscana, Amministrazione Provinciale di Arezzo, Firenze 1979, volume preparato e pubblicato in occasione della settimana internazionale di discussione *Psichiatria e buon governo* (Arezzo, 28 ottobre-4 novembre 1979).

individui e società⁴⁰. L'originalità italiana risiede precisamente in questa ambizione: non una riforma gestionale della psichiatria, ma una riscrittura del rapporto terapeutico e del rapporto fra follia e cittadinanza. In quest'ottica, la legge n. 180 del 1978 non può quindi essere letta come atto risolutivo, ma va situata in continuità con un "prima" e un "dopo" del processo di deistituzionalizzazione, nel tempo lungo delle pratiche, dei conflitti professionali e politici, delle resistenze amministrative e culturali⁴¹. Tappa certamente decisiva, la riforma infatti non fece che recepire e formalizzare, sia pure in modo riduttivo, sperimentazioni precedenti, ciò che era stato costruito attraverso quelle pratiche quotidiane di rottura che, a partire dagli anni Sessanta e in alcune aree territoriali specifiche, avevano simultaneamente messo sotto attacco le basi epistemologiche, i dispositivi scientifici, le norme legislative e amministrative, i codici professionali e l'intero sistema di poteri organizzati intorno all'oggetto "malattia mentale"⁴². Tentativo di aprire la strada alla diffusione su scala nazionale di quelle iniziative, nate circoscritte e fragili poiché spesso dipendenti

⁴⁰ Vale la pena ribadire che nel contesto italiano degli anni Sessanta, furono le lotte anti-autoritarie degli studenti, quelle delle donne e quelle del movimento operaio contro la nocività del lavoro e la gestione privatistica della salute, insieme al rifiuto della delega ai saperi tecnici, a riorientare il dibattito pubblico favorendo una diffusa presa di coscienza, da parte di medici, amministratori, sindacalisti, intellettuali e studenti, dei nessi tra salute mentale, devianza e emarginazione sociale: G. Jervis, *Psichiatria e lotta di classe* (1972) in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo. Storia teoria e pratica*, Savelli, Roma 1979, pp. 141-150. Si vennero così a creare le condizioni politiche e culturali entro cui si avviarono i processi di deistituzionalizzazione psichiatrica: A. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005, pp. 117-129.

⁴¹ Sulle profonde differenze tra l'esperienza riformatrice di altri Stati europei e degli Stati Uniti e quella italiana insistono O. De Leonardis, D. Mauri, F. Rotelli, *Deinstitutionalization, another way: the Italian mental health reform*, in «Health Promotion», 1 (1986), n. 2, pp. 151-165: le prime riducendo la deistituzionalizzazione alla deospedalizzazione, pur rompendo il monopolio del modello segregazionista della psichiatria classica, non avevano eliminato l'internamento ma, anzi, si erano dimostrate compatibili con le concezioni sostenute sia dagli esponenti neoliberisti che da quelli conservatori della riduzione del sistema di welfare; la seconda, al contrario, lungi dallo stabilire una soluzione istituzionale definitiva, aveva dato impulso a una dinamica di conflitto e di trasformazione, dove le attività concrete, le sperimentazioni e i processi di apprendimento continuavano ad essere rilevanti. Sul tema anche M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica*, cit. pp. 97-116 e, per una raccolta di testimonianze sui casi inglese, francese e statunitense, la seconda parte (*La psichiatria alternativa nel mondo*) del volume L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri*, cit., pp. 301-595.

⁴² Su questo tema si veda G. Bartolomei, G.P. Lombardo (a cura di), *Nuova psichiatria. Storia e metodo*, Bulzoni, Roma 1981 (I ed.: 1977) che raccoglie alcuni contributi critici sia a livello di elaborazione teorica (A. Ossicini, A. Pirella, P. Tranchina, F. Basaglia, F. Ongaro, G. Jervis, B. Cermignani), sia di prassi operativa nelle sperimentazioni avviate in alcune realtà nazionali (Gorizia, Nocera Superiore, Perugia, Reggio Emilia, Arezzo, Ferrara, Trieste). Sui casi di Gorizia, Perugia, Arezzo, Reggio Emilia, Trieste e Napoli anche la sezione *Le esperienze pratiche* della prima parte (*La psichiatria alternativa in Italia*) del volume L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri*, cit., pp. 225-299.

dalla qualità politica e dalla capacità organizzativa dei singoli contesti, la legge fu, tuttavia, soluzione di compromesso ed “emergenziale”⁴³, e solo parzialmente si allineò alle premesse teoriche e politiche che avevano guidato gli oltre quindici anni di pratiche di critica radicale alla psichiatria istituzionale⁴⁴. Se si guarda al lento e complesso lavoro di decostruzione che qualificò i vari percorsi di deistituzionalizzazione, tutti accomunati dalla volontà di smontaggio della soluzione istituzionale, incardinata sul modello medico malattia-diagnosi-terapia-“guarigione”, di smascheramento della pretesa quanto fasulla neutralità della psichiatria, e della struttura materiale e simbolica che lo sosteneva, il manicomio, la legge fu una mezza vittoria⁴⁵. Solo in parte essa recepiva quella nuova concezione del rapporto terapeutico e quella

⁴³ Per una ricostruzione dell’iter politico-parlamentare che condusse all’approvazione della legge n. 180 del 1978 e poi al suo assorbimento nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978), si veda J. Foot, *La Repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014 (in particolare il cap. 21 *La legge 180: mito e realtà* e la bibliografia ivi indicata).

⁴⁴ Per un primo bilancio sull’applicazione della legge n. 180 a pochi mesi dal suo varo, si veda «Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l’elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale», n. 59-61 (1979) che raccoglie una serie di interventi letti e dibattuti alla sopra citata settimana internazionale di discussione *Psichiatria e buon governo* e la relazione conclusiva del convegno. Tra i tanti contributi successivi, mi limito a rimandare a: B. Saraceno, G. Tognoni, *Methodological lessons from the Italian psychiatric experience*, in «International Journal of Social Psychiatry», 35 (1989), n. 1, pp. 98-109; P. Guarnieri, *La storia della psichiatria in Italia*, Olschki, Firenze 1991; M. Donnelly, *The Politics of Mental Health in Italy*, Tavistock-Routledge, Londra-New York 1992; F. Prina, *La malattia mentale tra esclusione e diritti. Movimenti e sistema politico nella riforma della legislazione psichiatrica*, Sonda, Torino 1993; V. Fiorino (a cura di), «*Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l’utopia di Franco Basaglia, 1953-1980*», ETS, Pisa 1994; P. Bollini, *Application and impact of the psychiatric reform in Italy. The available evidence* e L. Burti, *Deinstitutionalization and application of the Italian psychiatric reform: evolution of a revolution*, entrambi in «Epidemiology and Psychiatric Sciences», 3 (1994), n. 2, pp. 83-85 e 91-94; G. Corbellini, G. Jervis, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2008; V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; M. Fiorani, *Follia senza manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell’Italia del secondo Novecento*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2012; la già richiamata monografia del 2014 di J. Foot, *La “Repubblica dei Matti”*, cit.; F. Rotelli (a cura di), *L’istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, alphabeta Verlag, Merano 2015; D. Pulino, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, alphabeta Verlag, Merano 2016; M. Fiorani, P. Guarnieri, *Salute mentale e territorio. Luoghi e archivi prima e dopo la legge n. 180 del 1978*, in «Le Carte e la Storia», XXV (2019), n. 1, pp. 183-194; T. Burns, J. Foot (a cura di), *Basaglia’s international legacy: from asylum to community*, Oxford University Press, New York 2020; S. Magagnoli, D. Tabor, *Application and Effects of Italian Law 180, ‘The Reform of Psychiatric Care’*, in C. Guareschi, V. Bizzarri (a cura di), *Franco Basaglia’s Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of His Practice*, Springer, Cham 2025, pp. 133-152.

⁴⁵ Su questo punto: M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio*, cit., pp. 106-110, ma anche L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione* a L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 11-33.

diversa idea di politica psichiatrica⁴⁶ per la quale non si trattava soltanto di umanizzare l'assistenza, ma di contestare la pretesa che la "malattia mentale" fosse un oggetto naturale, leggibile indipendentemente dalle condizioni sociali e istituzionali che la definivano. Un'idea che, rimossa la centralità della malattia, volgeva l'attenzione alla sofferenza del soggetto, alla sua biografia e sulle sue interazioni sociali. Non più il "malato" da controllare, ma un'esistenza di cui prendersi cura, da reintegrare nel suo contesto, recuperandone la parola e potenziandone la soggettività. Un "prender-si cura" che nulla aveva di astratto, ma che significava, appunto, spostare la cura nel luogo in cui l'esistenza era concretamente intrecciata a risorse, legami e opportunità, cioè nel territorio. La relazione terapeutica, dunque, tradizionalmente pensata come un rapporto duale, privato e asimmetrico, veniva reinterpretata come processo che coinvolgeva non solo il tecnico e il soggetto sofferente, ma l'intera collettività, sicché la cura diveniva, al contempo, un imperativo etico per gli operatori e un compito sociale condiviso, un farsi carico collettivo di vite diverse, ricche di risorse e portatrici di diritti. Consiste proprio in questo la cifra più innovativa della battaglia condotta dalla nuova psichiatria e poi sistematizzata nel programma politico di Psichiatria democratica, nel suo essere tecnica e al tempo stesso dichiaratamente politica. Tecnica, perché imponeva nuove modalità di intervento, centrate su un ascolto non giudicante e sulla costruzione di percorsi di vita possibili; politica, perché ridefiniva i rapporti di potere tra operatori e pazienti, restituendo a questi ultimi non solo voce, ma una reale contrattualità sociale. Potenziare la soggettività, intrecciarla alla quotidianità delle relazioni e alle condizioni materiali di esistenza, ampliare le risorse e le opportunità di ciascuno: è proprio questo insieme di obiettivi a dare la misura della radicalità del progetto trasformativo della deistituzionalizzazione. Ma, appunto, lo smantellamento dell'istituzione manicomiale non poteva limitarsi a liberare il corpo del malato dalla presa modellante dell'apparato psichiatrico senza intervenire simultaneamente sulla posizione, sul vissuto e sulla corporeità di coloro che in quell'apparato operavano; la cura non poteva più coincidere con la conservazione del ruolo del "tecnico", ma con la sua capacità di mettersi in discussione:

Davanti a questa realtà, si può ancora presumere che accettare la delega implicita nel nostro ruolo non significhi prestare un'assistenza tecnica a delle uccisioni di massa? Ciò che si può tentare di fare è, dunque, riuscire a tradurre la nostra azione nella prestazione di un servizio che serva – proprio in quanto tale – all'utente e, insieme, alla sua presa di coscienza dell'utilizzazione, ai suoi danni, che viene abitualmente attuata di questo servizio. Il che significa rifiutare la delega di "funzionario del consenso", per trasformarsi in tecnici del sapere pratico che, al

⁴⁶ F. Rotelli, *L'istituzione inventata* (1986), in *Quale psichiatria? Taccuino e lezioni*, alphabeta Verlag, Merano 2021, pp. 41-53; A. Pirella, *Politiche di fine secolo per la deistituzionalizzazione*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996, pp. 16-22.

di là dei privilegi di cui inevitabilmente godiamo in quanto borghesi e soggetti del dominio implicito nel nostro ruolo di potere, tentino di individuare nella pratica reale i bisogni della classe oppressa smascherando praticamente i processi che li fanno diventare – anche agli occhi di chi li esprime – altro da ciò che sono⁴⁷.

E il primo passo nella direzione di un approccio terapeutico capace di accogliere la diversità e di accompagnarla fuori dal manicomio, non poteva che essere compiuto all'interno dell'istituzione stessa: da un canto, a partire da una serie di rifiuti consapevoli, formulati dal “tecnico” nei confronti dei propri stessi strumenti di potere⁴⁸, dall'altro nel produrre fratture quotidiane che anticipassero e rendessero pensabile quella fuoriuscita e gettassero le basi di una politica di salute mentale “dal basso”, orientata a offrire risposte sostitutive all'istituzione e a smantellare quella logica manicomiale che permeava molte altre strutture organizzative della società. Una valenza sociale e politica, questa, perfettamente combaciante con la coeva e sempre più incalzante critica a quell’“ortopedia della soggettività” esercitata da istituzioni diverse – dalla scuola alla fabbrica, dall'ospedale alla prigione – in virtù della quale l'adattamento e il conformismo erano assunti come criteri di normalità:

Chi entra in manicomio è matto, e matto significa stigmatizzazione negativa di una persona. Chi entra in carcere, qualunque sia il perché, è criminale, e criminale è una connotazione negativa della persona. Quanto allo studente, se è promosso vuol dire che va bene; se è bocciato, allora è un cretino. Questi sono esempi di come i saperi che rappresentano le istituzioni possono criminalizzare la persona. Allora a cosa servono le istituzioni? Evidentemente non servono a tutelare il cittadino ma a difendere e conservare lo Stato⁴⁹.

In questo orizzonte, l'abbattimento dei muri, pur essendo un passaggio simbolico e politico imprescindibile, nel suo segnare la fine dell'isolamento, dello stigma e dell'esclusione giuridica del “malato di mente” dal corpo sociale, non costituì dunque il punto di partenza del processo ma l'esito di un lavoro pregresso. Prima che quei muri cadessero, fu necessario aprire varchi, creare passaggi e interruzioni dentro la rigida architettura manicomiale. Le “porte” da aprire erano quelle che

⁴⁷ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Crimini di pace* cit., pp. 110-111.

⁴⁸ Era Franca Ongaro a rimarcare l'importanza di questi rifiuti: sul “no” categorico al mandato sociale di una psichiatria che trattava il malato come un non-uomo, sulla negazione della codificazione rigida dei ruoli e sulla messa in discussione della priorità della malattia sul malato, si giocava la possibilità di distruggere l'istituzione pur rimanendo al suo interno, poiché ogni negazione è possibile, nella pratica, se insieme costruisci altro»: F. Ongaro Basaglia, *Nota introduttiva*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini+Castoldi, Milano 2018, pp. 7-14, p. 10.

⁴⁹ F. Basaglia, *La scienza e la criminalizzazione del bisogno* (Rio de Janeiro, 28 giugno 1979), in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, cit. pp. 135-145.

separavano i reparti, i padiglioni, ma soprattutto le persone, per restituire possibilità di incontro e di parola all'interno di un mondo che aveva costruito la propria efficienza sulla negazione sistematica del rapporto. In termini concreti, l'alternativa all'istituzione totale fu la comunità terapeutica: non un luogo di neutralizzazione della crisi, ma uno spazio in cui creare le condizioni affinché ogni soggetto potesse ritrovare la propria intenzionalità, anche nella forma conflittuale o aggressiva, garantendo la possibilità di una co-coscienza in cui il corpo-proprio potesse nuovamente contornarsi tra gli altri nella sua singolarità, all'interno di un'intenzionalità vissuta comunitariamente⁵⁰. Da qui, dalla comunità terapeutica, dal progressivo superamento dell'internamento attraverso la trasformazione dei manicomi in spazi in cui promuovere il parziale recupero degli internati, emergeva netto il nuovo modello di salute mentale di comunità, in cui la comunità stessa non era concepita solo quale destinataria degli interventi, ma risorsa essenziale e protagonista attiva dei percorsi di cura, capace di contribuire concretamente alla costruzione di pratiche inclusive e di sostegno alla vita dei soggetti coinvolti. In questa direzione, certo, gli agenti principali furono i tecnici che lavoravano all'interno dell'istituzione, i quali trasformarono l'organizzazione, i rapporti e le regole del gioco proprio esercitando attivamente il loro ruolo terapeutico di psichiatri, infermieri, psicologi. Ma accanto e insieme a questi tecnici, nella pratica quotidiana della deistituzionalizzazione, una carta fondamentale la giocò il fronte associativo e della cooperazione sociale come anche, appunto, intere comunità locali, attori tutti che suscitarono e moltiplicarono comunicazioni e solidarietà ed estesero le pratiche. Ma soprattutto, in questa iniziativa collettiva, eterogenea nelle sue componenti, ma comunque corale, furono i pazienti a diventare principali attori, anzi protagonisti: la loro parola, al principio parola restituita e poi vera e propria "presa di parola", diventava una risorsa che, anche grazie all'impegno di militanti politici e di intellettuali militanti che contribuirono ad attivare l'opinione pubblica, poteva essere utilizzata per richiamare alle

⁵⁰ A questo proposito, non si può non ricordare come Giovanni Jervis, fin dal 1976, aveva criticato con forza il consolidarsi, nel dibattito italiano, del *mito di una psichiatria antistituzionale*, denunciando l'equivoco per cui alcune riorganizzazioni dell'assistenza psichiatrica venivano accreditate come "rivoluzionarie" pur mantenendo, sotto forme rinnovate, logiche istituzionali e dispositivi di controllo: G. Jervis, *Il mito dell'antipsichiatria*, in «Quaderni Piacentini», XV (1976), n. 60-61, pp. 39-60 (p. 48). In questa prospettiva, anche la comunità terapeutica – pur svolgendo una funzione di rottura rispetto alla psichiatria repressiva e promuovendo processi di umanizzazione e democratizzazione – rischiava, se assunta come modello stabile o come architrave di una programmazione sanitaria, di essere riasorbita entro una nuova forma di istituzionalizzazione. Quel che Jervis paventava era la sua possibile funzione di copertura ideologica, capace di produrre modalità di oppressione e mistificazione più sofisticate ed efficaci proprio perché presentate come superamento dell'istituzione (G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975, pp. 135-139). Un rischio tanto più plausibile in una fase in cui le forme più apertamente oppressive della pratica manicomiale apparivano incompatibili con una gestione razionalizzata dei conflitti sociali e delle contraddizioni di classe tipica di una società a capitalismo avanzato.

loro responsabilità poteri e attori altri, istituzionali e non (gli amministratori locali, i tecnici delle strutture sanitarie locali, i partiti politici, i sindacati) al fine di costruire nuove politiche e pratiche di salute mentale.

2.2 Dove la sofferenza prende parola: territorio e cura

Se il superamento dell'ospedale psichiatrico non implicava la sostituzione di un luogo con un altro, bensì una trasformazione radicale del modo in cui la sofferenza psichica veniva riconosciuta, affrontata e condivisa socialmente, si apriva necessariamente la questione di chi dovesse farsi carico della cura, come e in quale spazio. Ed è qui che, nella proposta della psichiatria antistituzionale, il territorio giungeva a assumere una posizione centrale: uno spazio in cui la sofferenza poteva tornare a essere visibile, nominabile, contrattabile; uno spazio attraversato da relazioni, risorse, conflitti, disuguaglianze, e proprio per questo irriducibile a una dimensione puramente tecnica. Inteso non quale mero contenitore neutro entro cui redistribuire funzioni precedentemente concentrate nel manicomio, il territorio si faceva vero e proprio ambiente politico della cura, il campo stesso in cui ridefinire i rapporti tra individuo, istituzioni e collettività. Necessaria si poneva, di conseguenza, una riconfigurazione complessiva dei servizi e, più in profondità, una diversa concezione della responsabilità collettiva nei confronti della sofferenza mentale. Processo eminentemente politico, che implicava la messa in discussione della separazione tra ambito sanitario e ambito sociale, la costruzione dei servizi territoriali si fondava su quell'idea di "prendersi cura" che, per potere offrire risposte, doveva intervenire prima di tutto sulle condizioni materiali dell'esistenza: la casa, il lavoro, il reddito, le relazioni, l'accesso ai diritti. Sottratta la salute mentale a una definizione privatistica e restituita a una dimensione pubblica in cui la comunità era chiamata a farsi carico della vulnerabilità come parte costitutiva della vita sociale, il territorio, in questo senso, non era semplicemente il "dopo" del manicomio, ma il luogo in cui la critica all'istituzione trovava una sua traduzione concreta, proprio nello spezzare quella continuità tra cura e controllo che aveva caratterizzato la psichiatria manicomiale. L'apertura di servizi collocati nei quartieri, la loro permeabilità rispetto alla vita quotidiana rappresentarono il tentativo di evitare la ricostituzione, sotto nuove forme, di spazi separati e segreganti. Se poi l'altro cardine della psichiatria territoriale era il rifiuto della delega esclusiva ai tecnici, profondo non poteva che essere il mutamento del ruolo delle soggettività professionali coinvolte nel processo di cura: psichiatri, infermieri, psicologi erano ora chiamati a operare come mediatori, facilitatori, interlocutori all'interno di una rete di relazioni più ampia, impegnati in un lavoro terapeutico che si spostava dal controllo dei sintomi alla costruzione di contesti di vita, dalla normalizzazione dei comportamenti alla restituzione di contrattualità sociale. E, accanto ai tecnici, stava quella pluralità di altri attori che nel processo di rovesciamento istituzionale avevano via via assunto un ruolo strategico quanto più indi-

spensabile ora che si era definitivamente rotto il confine tra un “dentro” e un “fuori”.

Le conseguenze di questa apertura erano però, sia in positivo, sia in negativo, difficilmente preventivabili. Proprio perché proiettata nel territorio, luogo di conflitto e di negoziazione, e radicata nella vita sociale, la deistituzionalizzazione risultava ora esposta alle contraddizioni della società stessa – disuguaglianze economiche, precarietà abitativa, marginalità lavorativa, carenza di risorse – e non poteva mai dirsi compiuta una volta per tutte: lungi dall’essere una soluzione definitiva, il lavoro nel e con il territorio rendeva visibile la fragilità di un progetto di cura che per non ricadere in forme surrettizie di istituzionalizzazione doveva continuamente misurarsi con il rischio della delega, della standardizzazione e della semplificazione amministrativa:

basta un piccolo mutamento della situazione politica generale, o un minimo cedere degli operatori psichiatrici ai miti, alle lusinghe tecniche che spingono verso l’assistenzialismo e l’efficientismo, perché anche quel margine di utilità politica “disfunzionale al sistema” si sfaldi, e tutta l’attività psichiatrica si ritrovi ad essere funzionale, senza residui, alle esigenze dell’ordine e del potere⁵¹.

In assenza di risorse reali e di servizi efficienti e efficaci, quella responsabilità, che finalmente ora travalicava il rapporto duale medico-paziente, poteva essere depotenziata e riassorbita nei circuiti burocratico-assistenziali.

3. *L’istituzione senza muri*

La fuoriuscita dall’istituzione manicomiale non segnò, di per sé, la dissoluzione delle logiche istituzionali che avevano storicamente organizzato la gestione della follia: deospedalizzazione non significava affatto deistituzionalizzazione, e se la prima poteva manifestarsi senza programmi di deistituzionalizzazione, la seconda implicava necessariamente una graduale deospedalizzazione. Proprio perché la decostruzione proposta e praticata dalla psichiatria critica riguardava insieme istituzioni, saperi e poteri e si era dunque posta come programmatica deistituzionalizzazione, essa restava esposta a una reversibilità strutturale, ben chiara agli psichiatri impegnati nella riforma⁵², strettamente connessa a un’implementazione della norma che tendeva a ridurre la trasformazione a riorganizzazione amministrativa senza realmente incidere sui rapporti di potere che strutturavano l’attività di cura:

[...] la legge ha avuto la possibilità di essere fedelmente applicata, nei suoi aspetti

⁵¹ G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975, p. 137,

⁵² Mi limito a segnalare i saggi raccolti nella sezione *Bilanci e prospettive* in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto*, cit., pp. 200-234 e gli interventi di F. Basaglia, L. Cancrini, G. Jervis, C. Manuali, A. Pirella, S. Piro, M. Risso raccolti in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria?*, cit., pp. 37-198.

migliori, solo là dove una pratica sociale precedentemente avviata ne aveva pre-costituito le condizioni di realizzazione [...] Ma altrove, nelle province e nelle regioni in cui queste condizioni mancavano, l'applicazione della legge ha incontrato notevoli difficoltà [...] Qui il rischio che venga ribadita la centralità dell'ospedale, questa volta dell'ospedale generale, rimane apertissimo. Qui può diventare operante la tendenza a trasformare i servizi psichiatrici ospedalieri, previsti, sulla carta, come semplice e flessibile proiezione dipartimentale dei presidi territoriali, in divisioni autonome e isolate; qui vi sono larghe probabilità che la logica dell'ospedale, e non solo dell'ospedale psichiatrico, che è logica dell'accentramento e della separatezza, possa risultare vincente⁵³.

Oltre alla perdurante contrapposizione tra innovatori e difensori dell'assetto tradizionale⁵⁴, la politica di deistituzionalizzazione andò quindi incontro a ulteriori criticità che nel tempo avrebbero favorito il riemergere del paradigma biomedico e l'avvio di processi di re-istituzionalizzazione. Non ritorno regressivo e riconoscibile alle forme storiche dell'internamento, né deviazione accidentale del progetto riformatore, ma il ricomporsi della logica custodialista in nuove modalità di regolazione, controllo e contenimento della sofferenza psichica, meno compatte e meno riconoscibili ma non per questo meno pervasive.

3.1 Quando il cambiamento si fa gestione

Tre i vettori fondamentali del post-180 e del post-833 che aprivano la strada al rischio di re-istituzionalizzazione: il sotto-investimento nei servizi territoriali e la conseguente ospedalizzazione surrettizia; la proliferazione di micro-istituzioni residenziali che producevano permanenze definitive; la medicalizzazione dei problemi

⁵³ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 14.

⁵⁴ Già all'indomani del varo delle riforme, numerose furono le proposte di legge, provenienti dalle forze politiche sia di governo sia di opposizione, relative alle modifiche degli articoli della legge n. 833 concernenti la psichiatria, con una netta demarcazione soprattutto in tema di organizzazione dei servizi. «A fronte di una tendenza unitaria che trova nel dipartimento dei servizi di salute mentale il minimo comun denominatore [...] si riscontra una differenziazione sostanziale dei modelli gestionali ed organizzativi proposti». Da un canto posizioni «che individuano nell'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari una modalità organizzativa specifica del dipartimento e quindi in una programmazione integrata delle risorse che appartengono a diversi livelli di governo una profonda innovazione dei metodi e nei contenuti organizzativi», dall'altro posizioni «che vedono nel dipartimento un modello di funzionamento totalizzante con incorporate attività e funzioni non strettamente sanitarie»: G. De Luca, *Il circuito del manicomio*, in *Manicomiomania. Testi delle proposte di legge sulla 180*, suppl. a «Devianza ed emarginazione. Rivista trimestrale di cultura e di ricerca scientifica», n. 3 (1979), Dedalo, Bari 1982, pp. 5-11, p. 7. Per uno sguardo di pochi anni successivo sul difficoltoso avvio del processo di integrazione tra il settore socio-assistenziale e quello sanitario previsto dal combinato disposto del dpr n. 616 del 1977 (di attuazione della legge n. 382 del 1975 sul decentramento regionale) e della stessa legge n. 833 del 1978, si veda P. David, *L'integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato*, in «Stato e mercato», 25 (1989), n. 1, pp. 73-109. Per l'analisi delle proposte di «riforma della riforma» fino al 1993: F. Stefanoni, *Manicomio Italia. Inchiesta su follia e psichiatria*, Editori Riuniti, Roma 1998.

sociali e il ritorno, sotto nuove forme, di pratiche di contenimento. Nell'immediato, i mancati investimenti sul personale e sulle strutture territoriali, uniti alla creazione di posti letto negli ospedali generali, rischiarono spesso di trasformarsi – in maniera più o meno implicita – nella riproposizione dei reparti tradizionali di psichiatria, quei «“repartini-lager” dove, in spregio totale dello spirito della legge, i sistemi e i metodi manicomiali sopravvivono e si riproducono»⁵⁵. Smorzando l'impulso culturale e politico al cambiamento che la nuova psichiatria aveva innescato, il servizio psichiatrico, anziché consolidarsi come rete diffusa e comunitaria, sarebbe stato così fagocitato dall'enorme potere organizzativo degli ospedali civili. Un rischio che si accompagnava a una più opaca ma non meno pericolosa eventualità, il collocamento cioè dei soggetti più vulnerabili in strutture più piccole, spesso private – che finivano per assumere funzioni di abitazioni forzate, talvolta definitive, per persone escluse dal mondo produttivo e dalla partecipazione sociale – in cui «il perpetuarsi dell'incapacità di “vedere” e “sentire” le ragioni della sofferenza [era] compensato da una logica caritativa e assistenzialistica che ricrea, comunque, condizioni di dipendenza dal servizio e di subalternità»⁵⁶.

Non a caso, fin dalla prima fase di attuazione della legge n. 180 e della legge n. 833, da più parti proveniva l'appello a «una rianimazione che pass[asse] attraverso le lotte, ora come in passato», per scongiurare, nei servizi territoriali, eventuali «spinte corporative e regressive» e perché non si instaurassero «servizi ambulatoriali di puro controllo e domiciliari di pura assistenza, con tutti i coevi pericoli della psichiatrizzazione, dell'abbandono e persino dell'inefficienza più totale»⁵⁷. Un appello cui era sottesa la seria preoccupazione per lo sfumare fino al possibile venir meno di una delle idee-forza che aveva innervato tutto il percorso fin lì compiuto:

affrontare le contraddizioni umane là dove si formano [...] identificare tutte le possibili mediazioni attraverso cui la sofferenza nasce, si sviluppa, si manifesta [...] ripercorrerle pazientemente e senza facili semplificazioni [...] ricostruire la trama tortuosa di quel processo storico che conduce il disagio dal luogo *sociale* della sua origine al luogo *privato* e oscuro della sua comparsa, in cui se ne deforma il volto e se ne disperde il senso⁵⁸,

in altri termini, «restituire la sofferenza [...] *alla sua storia*»⁵⁹, poiché «la privatizza-

⁵⁵ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 14.

⁵⁶ *Ivi*, p. 18, ma anche D. Casagrande, *Manicomio ultimo atto: ambiguità di un enunciato*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto*, cit., pp. 50-54.

⁵⁷ S. Piro, *Morte e resurrezione della psichiatria alternativa italiana* (1978) in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri*, cit., pp. 161-167, p. 162.

⁵⁸ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 21. Corsivo nel testo.

⁵⁹ *Ibidem*. Corsivo nel testo.

zione del disagio [...] è preludio alla sua psichiatrizzazione»⁶⁰.

Sullo sfondo, infine, si delineava il pericolo di una “nuova contenzione”, mediata dalla (ri)medicalizzazione del disagio sociale, e, su un arco temporale più lungo, la possibilità di una riedizione dei vecchi strumenti di coercizione: soluzioni rapide e standardizzate, adottate per supplire all’incapacità delle istituzioni di dialogare realmente con le esigenze e i desideri dell’altro e di affrontare in modo integrato deprivazione, marginalità, alterità e malattia. Questo era il punto che chiamava in causa il ruolo degli operatori nel nuovo contesto, fuori dal “tempo fermo” del manicomio⁶¹, e il loro lavoro come incessante «ricerca di strumenti culturali che serv[issero] a orientare la pratica»⁶² volta a impedire che si facessero essi stessi attori protagonisti dell’esportazione sul territorio della logica istituzionale⁶³, riproponendo «l’imprigionamento del disagio nella sua dimensione privata, personale e biologica» e assecondando quella domanda “precondizionata” che proveniva dagli utenti, esposti a

inesorabili meccanismi di condizionamento ideologico, per cui la domanda stessa è una domanda di aiuto medico o psichiatrico tradizionale: richiesta, dunque, di ricovero, di farmaci, di contenzione della crisi, di espulsione dell’“elemento di disturbo” dal gruppo di appartenenza che non ne accetta né ne comprende la “diversità”⁶⁴.

E ancora: lo spostamento della cura sul territorio spesso comportava una redistribuzione informale del carico riabilitante – con effetti differenziali che il punto di vista di genere rende immediatamente intelligibili⁶⁵ – che poneva quesiti di fondo su cosa significasse davvero “territorio”: non «miracoloso contenitore o [...]

⁶⁰ *Ivi*, p. 22. Corsivo nel testo.

⁶¹ Sulla reintroduzione della “freccia del tempo” nel processo di uscita dall’istituzione manicomiale, e le sue differenti conseguenze sulle relazioni tra operatori e degenti, tra degenti e famiglie, e tra tutti loro e i tempi – sociali, produttivi, istituzionali, politici, amministrativi – del “fuori”, si veda A. Castellucci, *La comunità come sistema; appunti per un approccio coevolutivo*, in G. Ferrari, A. Merini, *La lezione delle comunità terapeutiche*, Clueb, Bologna 1987, pp. 29-43.

⁶² L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 27.

⁶³ *Ibidem*: «[...] la possibilità cioè che l’operatore, trovandosi disarmato davanti alla novità delle situazioni da affrontare, assuma nella realtà esterna atteggiamenti oscillanti tra lo spontaneismo volontaristico e la riproduzione di modelli (culturali, tecnici, umani) propri dell’istituzione psichiatrica tradizionale». Timore questo che apriva la questione della formazione degli operatori e degli strumenti interpretativi e di intervento di cui disponevano come nodo cruciale per la realizzabilità di un concreto cambiamento.

⁶⁴ *Ivi*, p. 29.

⁶⁵ Le elaborazioni femministe in tema di cura consentono di cogliere con particolare chiarezza questa ambivalenza strutturale: la cura non è mai neutra, ma è relazione asimmetrica, situata, attraversata da rapporti di potere, capace tanto di sostenere processi di soggettivazione quanto di produrre dipendenza e fissazione dei ruoli.

mitico cappello a cilindro da cui estrarre automaticamente la soluzione buona al problema»⁶⁶, non immediatamente equivalente a “alternativa al sistema manicomiale”, non semplice spazio di ristrutturazione efficientistica dell’apparato statale, ma luogo in cui attivare quella partecipazione democratica alla gestione della malattia e del disagio⁶⁷ in grado di «affrontare le contraddizioni umane là dove si formano»⁶⁸, di dischiudere nuove e diverse pratiche di tutela collettiva della salute e «nuove dimensioni alle lotte di emancipazione umana e di trasformazione della realtà»⁶⁹:

Una istituzione che intende essere terapeutica deve diventare una comunità che si fondi sull’interazione preriflessiva di tutti i suoi membri; dove il rapporto non sia il rapporto oggettivante del signore con il servo, o di chi dà e chi riceve; dove il malato non sia l’ultimo gradino di una gerarchia fondata su valori stabiliti una volta per tutte dal più forte; dove tutti i membri della comunità possano – attraverso la contestazione reciproca e la dialettizzazione delle reciproche posizioni – ricostruire il proprio corpo e il proprio ruolo⁷⁰.

3.2 *L’istituzione altrove: nuove geografie del controllo*

Non un esito stabile, dunque, ma un equilibrio conflittuale di lunghissimo periodo quello prodotto dal processo di deistituzionalizzazione⁷¹: gli spazi di libertà e di parola che essa aveva aperto potevano essere mantenuti solo a condizione di un investimento materiale e simbolico costante in assenza del quale un insieme eterogeneo di pratiche, dispositivi organizzativi e saperi tecnici che, operando entro il lessico della cura, della protezione e dell’inclusione, aveva via facile nel riorganizzare la gestione della sofferenza psichica e dell’alterità secondo modalità frammentate, territorializzate e apparentemente flessibili finendo così per ricostruire, sotto nuove

⁶⁶ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 16

⁶⁷ Era cioè il territorio a doversi fare “comunità terapeutica”, uno spazio da “invadere” e da contaminare in cui si concretava l’utopia dell’uscita, in cui si consumava la «sfida alla dimensione istituzionale dei rapporti», proprio perché al tempo stesso esso era «determinato dal sociale [...] che contiene promesse di “salute” che può sanare (la risocializzazione, la reintegrazione sociale), ma anche luogo dove si originano contraddizioni che portano alla sofferenza psichiatrica, che esso può celare o invece svelare»: R. Mezzina, *Ambivalenza dell’idea di comunità nella deistituzionalizzazione*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto*, cit., pp. 208-218, p. 209.

⁶⁸ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, cit., p. 21.

⁶⁹ *Ivi*, p. 20.

⁷⁰ Così, riprendendo gli spunti teorici del fenomenologo americano E. Eng, *Beyond psychiatry?*, in «The Hudson Review», 20 (1967), n. 3, pp. 469-472, F. Basaglia, *Corpo e istituzione*, cit., pp. 429-430.

⁷¹ «Le azioni della deistituzionalizzazione non hanno prodotto procedure standardizzate né regole fisse; esse si ispiravano ad ipotesi forti e intorno a queste si organizzava il pensiero, in una logica di processo, che prevedeva tappe intermedie, superate spesso rapidamente dopo il loro raggiungimento»: A. Ricci, L. Attenasio, *Imparare dal manicomio*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto*, cit., pp. 147-150, p. 147.

vesti, la frattura tra soggetto e mondo. Strumenti – fisici, farmacologici e procedurali – che, al di là del mero ambito psichiatrico, sarebbero stati riproposti in tutti quei contesti in cui più agevole era immobilizzare il soggetto, rendendolo gestibile secondo logiche istituzionali rigide: le carceri, le case di riposo, i centri di prima accoglienza per richiedenti asilo, gli ospedali psichiatrici giudiziari (oggi sostituiti dalle Rems), le comunità e strutture protette per minori, le cliniche private. Tutti luoghi che, pur dichiarandosi finalizzati alla cura o alla riabilitazione, replicavano e replicano pericolosamente almeno una delle caratteristiche che, nell’operare quella frattura tra l’individuo e il mondo esterno, Goffman ascriveva alle istituzioni totali, quella cioè per cui «tutte le attività si svolgono secondo un piano razionale appositamente ideato per adempiere allo scopo ufficiale dell’istituzione»⁷², rispondendo così a quel “trattamento morale” che riduce la libertà di autodeterminazione e costringe gli individui a percorsi prestabiliti, limitandone la possibilità di costruire autonomamente il proprio progetto di vita. Venuta meno la concentrazione visibile del potere, ciò che permane, riorganizzata, è la necessità di governare la devianza, di amministrare la dipendenza, di neutralizzare l’eccedenza che la sofferenza psichica continua a rappresentare per l’ordine sociale. Istituzionalizzazione senza mura, la neo-istituzionalizzazione si è configurata come soluzione, apparentemente depoliticizzata, capace di operare attraverso frammentazione, naturalizzazione e invisibilizzazione dei rapporti di potere, veicolata attraverso il linguaggio della protezione, dell’accompagnamento e della responsabilità. Il potere dell’istituzione non si presenta più come forza che esclude, ma come istanza che “si prende cura” smettendo, nelle pratiche, di presentarsi come risposta emergenziale o come pratica temporanea di accompagnamento e assumendo piuttosto la forma di una gestione permanente e indefinita delle fragilità, garantendo la riproduzione di una condizione controllata di sopravvivenza sociale, e perdendo così, in definitiva, la sua dimensione conflittuale: la possibilità di rifiuto, di negoziazione, di disaccordo, neutralizzata in nome della sicurezza, della continuità assistenziale e della gestione del rischio. Il punto discriminante, allora, non è la forma esterna del contenitore (grande o piccolo, pubblico o privato, sanitario o socio-assistenziale), ma il tipo di relazione che esso produce: se mantiene aperta la dialettica, la contrattualità, la possibilità di parola e di conflitto; oppure se, sotto il lessico della cura, ripristina una gerarchia che stabilisce una volta per tutte chi decide e chi riceve, chi può eccedere e chi deve adattarsi. È qui che la categoria di neo-istituzionalizzazione mostra la sua funzione critica: riconoscere la logica manicomiale là dove non si chiama manicomio, e interrogarne gli effetti concreti in termini di autonomia, progetto di vita, cittadinanza reale.

⁷² E. Goffman, *Asylums*, cit., pp. 33-42, p. 36, che è *Introduzione* al capitolo *Sulle caratteristiche delle istituzioni totali*, pp. 31-150.

Memorie della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia

Davide Tabor

La storia della deistituzionalizzazione psichiatrica italiana ha prodotto numerose memorie, con tempi, caratteri, orientamenti differenti. Ci sono le memorie delle esperienze basagliane di Gorizia e di Trieste, dei loro protagonisti e delle loro eredità, ci sono quelle delle lotte anti-istituzionali e delle altre sperimentazioni degli anni Sessanta e Settanta disseminate in Italia, dall'Umbria al Piemonte, dall'Emilia Romagna alla Campania, dalla Toscana al Veneto, ci sono quelle del periodo successivo all'approvazione della riforma psichiatrica del 1978, ce ne sono altre prodotte in tempi più recenti, che testimoniano gli ulteriori mutamenti della psichiatria e dei servizi. Per le discipline storiche, queste memorie sono un interessante campo di ricerca ancora inesplorato: stratificate, conflittuali, variegate, esse permettono di riflettere sugli effetti – istituzionali, culturali, politici, sociali – del processo di superamento degli ospedali psichiatrici, sulle rappresentazioni culturali delle lotte anti-istituzionali, sulle narrazioni odierne di chi vi ha partecipato e ha scelto di raccontare pubblicamente la propria esperienza, sulle attuali forme di istituzionalizzazione, sulla percezione della malattia, della salute, sulle idee di cura e sulla loro trasformazione negli anni, e naturalmente, infine, sulle politiche di settore e più in generale in ambito socio-sanitario.

Questo saggio analizza il ricco materiale memoriale prodotto nei decenni e sedimentatosi in varie forme (volumi, interviste, testi letterari, documentari, podcast, ecc.) per valutarne l'origine, le caratteristiche e i contenuti, con l'obiettivo di interpretare l'incidenza che le memorie hanno sugli immaginari e sulle ricostruzioni storiche di questo complesso e articolato processo¹.

¹ Per una prima problematizzazione delle memorie della deistituzionalizzazione: D. Adorni, D. Tabor (a cura di), *Memorie che curano/Memorie da curare. Patrimoni culturali e deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino*, FrancoAngeli, Milano 2024; G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, ETS, Pisa 2025.

1. A proposito di deistituzionalizzazione

Lo studio delle memorie della deistituzionalizzazione offre anzitutto l'opportunità di ripensare la storia dell'applicazione della riforma psichiatrica italiana, a partire dalla problematizzazione dei suoi obiettivi di fondo. Come è noto, la legge n. 180 del 1978 e la legge n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale raccolsero una forte spinta generale proveniente dal basso e dalle variegate esperienze locali al processo di destituzionalizzazione, iniziato in alcune aree del Paese almeno un decennio prima. Nell'interpretazione basagliana, quella più nota, il superamento del manicomio non corrispondeva a una pur necessaria umanizzazione delle istituzioni psichiatriche² e non si riduceva al trasferimento dei pazienti in strutture più accoglienti dove i loro diritti fossero rispettati. Non a caso proprio Franco Basaglia parlava di «rovesciamento istituzionale» e di rifiuto del mandato sociale alla psichiatria, che doveva negare «l'atto terapeutico come atto di violenza mistificata, per unire la nostra presa di coscienza di essere semplici appaltatori della violenza (quindi esclusi), alla presa di coscienza che dobbiamo stimolare negli esclusi del loro essere esclusi: ciò senza agire in alcun modo verso il loro adattamento a questa esclusione»³. Intervenendo a un convegno triestino nel 1986, Franco Rotelli, che fu direttore dell'Ospedale psichiatrico di San Giovanni dopo Basaglia, ricordò ai presenti gli obiettivi profondi di una trasformazione che si voleva dentro e soprattutto fuori le mura manicomiali:

Bisognerà ripetere qualcosa per noi ovvio, da molti disconosciuto: l'istituzione da noi messa in discussione da vent'anni a questa parte non fu il manicomio ma la follia.

[...] L'istituzione in questione era l'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento culturale e di rapporti di riferimento strutturati a un ben preciso oggetto per il quale erano state create la "malattia", a cui si sovrappose in più, nel manicomio, l'oggetto "pericolosità".

Perché volemmo quella deistituzionalizzazione? Perché per noi l'oggetto della psichiatria può e deve essere non quella pericolosità né questa malattia (intesa come qualcosa che sta nel corpo o nella psiche di questa persona. L'oggetto fu sempre per noi invece l'esistenza-sofferenza dei pazienti e il suo rapporto con il corpo sociale⁴.

Da questa testimonianza – non la sola di chi condivise quello stesso percorso personale, professionale e politico – emergeva una narrazione problematica della deistituzionalizzazione, distante dal prevalere di un racconto unicamente incentrato

² Questa era invece la prospettiva di Mario Tobino e di parte della psichiatria riformatrice dell'epoca.

³ F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano 2018 (I ed. 1968), p. 147.

⁴ F. Rotelli, *Quale psichiatria?*, alphabeta Verlag, Merano 2021, pp. 41-42.

sulla chiusura del manicomio. «Il problema diventerà – continuava la sua riflessione Rotelli – non la “guarigione” ma la “emancipazione”, non la riparazione ma la riproduzione sociale della gente, altri direbbero il processo di singolarizzazione e risingolarizzazione. [...] Questo era il lavoro dentro le mura, questo è il lavoro fuori delle mura. E per questo occorrono laboratori, non ambulatori: laboratori pieni di consapevolezze, macchine di deistituzionalizzazione»⁵.

Le parole di Franco Rotelli ci inducono a constatare fin da subito l’impoverimento semantico assunto dal termine deistituzionalizzazione nelle memorie pubbliche, ridotto al mero, per quanto fondamentale, obiettivo della chiusura dell’ospedale psichiatrico, mentre esso implicava – come ricordava Rotelli – il radicale ripensamento del lavoro di cura, dei servizi, del rapporto tra emarginazione e società, ben oltre l’ambito psichiatrico. Questo primo riscontro ci spinge a interrogarci su che cosa abbiano trasmesso le memorie della deistituzionalizzazione psichiatrica italiana, su come abbiano raccontato tale ricchezza di riflessioni e di esperienze e su chi le abbia prodotte.

2. La memoria pubblica della deistituzionalizzazione psichiatrica

Dobbiamo anzitutto richiamare l’esistenza della fondamentale distinzione tra tre tipi di memoria, che consideriamo separatamente: la memoria pubblica, la memoria individuale e la memoria collettiva. Se la memoria pubblica è quella che producono le istituzioni, i soggetti politici, i media con un chiaro intento comunicativo e propagandistico, la memoria individuale è quella personale, mentre quella collettiva – spesso confusa con la memoria pubblica – è la memoria dei piccoli gruppi, di quelli che generano ciò che gli storici e gli antropologi hanno imparato a chiamare le comunità di memoria o le comunità del ricordo, cioè quei reticoli sociali che la costruiscono, la condividono, la usano e la modificano nel tempo.

Nel caso della deistituzionalizzazione psichiatrica italiana, la memoria pubblica prevalente ha alcuni caratteri particolarmente marcati: ha un tempo che si apre con la direzione del manicomio di Gorizia di Franco Basaglia e si chiude col 1978, con l’approvazione della legge di riforma e l’imminente chiusura dell’esperienza basagliana a Trieste; ha un nome – Franco Basaglia – con cui immedesimarsi, che è certamente simbolo di un collettivo, ma è soprattutto identificativo di un’intera stagione; ha un significato puntuale, pur se errato, che vede coincidere il 1978 con la fine degli ospedali psichiatrici italiani; ha dei protagonisti indiscussi, gli psichiatri, prevalentemente maschi; ha dei luoghi che coincidono con l’esperienza delle équipes basagliane, Gorizia e Trieste⁶.

⁵ *Ivi*, pp. 43-44.

⁶ Si veda a tal proposito la produzione giornalistica del 2024 nel centenario della nascita di Franco Basaglia. Per esempio: «La Stampa», 4 marzo 2024; «Corriere della sera», 10 e 11 marzo 2024; «la Re-

Dello squilibrio di questa narrazione rispetto alla ricchezza e alla varietà di casi e di protagonisti, alle contraddizioni apertesi nella fase applicativa, alla estrema complessità del processo e alla sua durata ha recentemente scritto Benedetto Saraceno, allievo di Basaglia e testimone attento dei mutamenti nella psichiatria, nella prefazione a un libro di Giuseppe A. Micheli sul dopo Basaglia⁷. Così per esempio si esprime nelle pagine iniziali:

Ho esitato a lungo prima di accettare di scrivere una prefazione a questo corposo testo di Giuseppe A. Micheli. L'esitazione dipendeva dalle molte affermazioni che incontravo nel testo e che mi trovavano in parziale disaccordo. L'esitazione dipendeva anche dalla sensazione che vi fosse una deriva nascosta che non collocava nella giusta prospettiva il pensiero e l'opera del mio maestro Franco Basaglia ossia, che si offrisse una lettura che metteva l'esperienza basagliana in continua comparazione con altre esperienze (ad esempio quella di Perugia), quasi forzando il lettore a prender partito. [...] In altre parole, intravedevo dei rischi nella preoccupazione dell'autore (preoccupazione che peraltro è uno dei meriti di questo libro) di rendere i giusti tributi ai numerosi protagonisti del movimento anti-istituzionale, determinando così un ridimensionamento della importanza e unicità della rivoluzione di Basaglia⁸.

Questa memoria pubblica della riforma psichiatrica non è però l'unica. Ce n'è infatti un'altra, una memoria carsica, apparentemente minoritaria, ma solida e persistente: è quella dell'opposizione al processo di deistituzionalizzazione, espressa non solo dai critici della riforma psichiatrica – politici, medici, personale sanitario, intel-

pubblica», 11 marzo e 6 novembre 2024. La puntata *Andare a 180* del 2024 della trasmissione di Rai 3 *Quante storie* (<https://www.raiplay.it/video/2024/03/Quante-storie---Puntata-del-15032024-1dc8e719-3443-43fa-aabc-6fb9d81d1cac.html>; ult. cons. 30/10/2025); il documentario di Rai 3 *E tu slegalo* con la regia di M. Sciarra, sempre del 2024, con molte interviste di protagonisti (<https://www.raiplay.it/programmi/etuslegalo>; ult. cons. 30/10/2025). Si vedano anche tre podcast prodotti nel 2024 (ult. cons. dei link a seguire 30/10/2025): *Archivi della follia* di V. Roghi, in dieci puntate (<https://www.raiplaysound.it/programmi/archividellafolliaincercadifrancobasaglia>); *Tutta colpa di Basaglia* di L. Jona ed E. Storace, in sette puntate (<https://www.corriere.it/podcast/tutta-colpa-di-basaglia/>); *Basaglia e i suoi* di M. Cirri e M. Caccia, in quattro puntate (<https://www.ilpost.it/podcasts/basaglia-e-i-suoi/>). Indicativi il film di M. Turco *C'era una volta la città dei matti* prodotto per la Rai e andato in onda nel 2010 in due puntate e lo spettacolo teatrale prodotto nel 2018 dal Teatro Stabile del Friuli-Venezia Giulia (*tra parentesi*) *La vera storia di un'impensabile liberazione* di e con M. Cirri e P. Dell'Acqua per la regia di E. Rossi. Di questi cfr. le conseguenti edizioni: E. Bucaccio, K. Colja, A. Sermoneta, M. Turco *C'era una volta la città dei matti. Un film dal soggetto alla sceneggiatura*, alphabeta Verlag, Merano 2011; P. Dell'Acqua, M. Cirri, E. Rossi. (*tra parentesi*) *La vera storia di un'impensabile liberazione*, alphabeta Verlag, Merano 2019.

⁷ G.A. Micheli, *In terra incognita. Disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis, Milano 2024, libro che nasce da una dichiarata spinta autobiografica: si veda la *Premessa. Come nasce questa lettura sghemba di una pagina di storia*, in *ivi*, pp. 17-24.

⁸ B. Saraceno, *Prefazione*, in *ivi*, pp. 9-15, p. 9.

lettuali come Tobino –, ma anche da chi a parole sosteneva la riforma e poi nel suo agire la contrastava nei fatti. Si tratta di una narrazione presente fin dai primi anni dall'approvazione della legge n. 180 e della legge n. 833⁹. Come ha ricordato Franca Ongaro, infatti,

per più di quindici anni la discussione – sia a livello parlamentare sia di opinione pubblica – è ruotata sulla modifica della legge anziché sulla realizzazione di risposte concrete ai problemi. In tali condizioni il significato più profondo del “rovesciamento istituzionale” attuato era, negli anni, quasi sparito, ridotto ormai a una sterile – se pur necessaria – controversia fra sostenitori e detrattori di una legge di riforma che appariva senza legami con il servizio ai cittadini che avrebbe dovuto produrre, consentendo di continuare a non fare nulla sul piano pratico, in attesa di una sua radicale modifica. Si era giunti al paradosso che proprio coloro che, per la prima volta, si erano preoccupati e occupati delle condizioni del malato di mente, venissero accusati di essere responsabili del suo totale abbandono¹⁰.

Chi espresse pubblicamente le posizioni più critiche fu l'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica (Arap), nata nel 1981 e costituita prevalentemente da familiari. Pochi anni dopo il 1978, l'Arap dichiarava infatti di aver «raccolto quasi cinquantamila firme per una petizione popolare di drastica modifica della legge 180»¹¹ e pubblicava il libro *La tragedia psichiatrica*, dato alle stampe nel 1986, una raccolta di testimonianze di famiglie che erano entrate in contatto con i servizi psichiatrici: così operando, l'associazione si faceva interprete di una domanda di ripristino di strutture residenziali e di cliniche psichiatriche, arrivando a sostenere che fosse

una fortuna che la sciagurata 180 non sia riuscita a smontare proprio l'istituzione più arretrata del vecchio sistema custodialistico, cioè il manicomio giudiziario, perché altrimenti avremmo in circolazione ogni anno qualche migliaio di psicotici pericolosi in più e perché, altrimenti, questi poveri malati – equiparati alle persone capaci di intendere e di volere dalla 180 e dai loro «liberatori» – non avrebbero avuto più nulla, assolutamente nulla, che li difendesse da un perpetuo massacro poliziesco e carcerario¹².

⁹ Si rimanda, a titolo d'esempio, all'articolo di Mario Tobino *Lasciateli in pace, è la loro casa*, in «La Nazione», 18 aprile 1978. Si veda anche «La Nazione», 7 maggio 1978 e «Corriere della Sera», 10 gennaio 1980. Dello stesso autore occorre ricordare M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 1982.

¹⁰ F. Ongaro Basaglia, *Nota introduttiva*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, cit., pp. 9-10.

¹¹ M.L. Zardini, *La tragedia psichiatrica*, SugarCo, Milano 1986, p. 9. Presidente di Arap, Maria Luisa Zardini partecipò a numerose trasmissioni televisive: tra queste, nel 1988, in occasione del primo decennale della riforma psichiatrica, *Linea rovente* di Giuliano Ferrara. Si veda anche il sito <https://www.vittimedella180.org/> (ult. cons. 20/09/2025).

¹² M.L. Zardini, *La tragedia psichiatrica*, cit., p. 21.

Ad affermare precise memorie pubbliche della deistituzionalizzazione contribuiscono dunque anche i gruppi di familiari che contestavano radicalmente le finalità e l'impianto della legge 180, e a essi, fin dagli anni Ottanta, i mass media iniziarono a dare molto risalto, in un'operazione che riorientò l'opinione pubblica:

come nella Cina maoista il proprietario deve lavorare gratis nella fattoria di stato per purgarsi del suo passato, o come nel lager nazista l'ebreo doveva riscattarsi col lavoro dalle colpe della sua razza, così il familiare deve giustamente servire la vittima delle sue nefandezze, il congiunto malato, sotto il controllo vigile della «guardia rossa» della rivoluzione antipsichiatrica: il passacarte basagliano dei CIM (Centri d'igiene mentale)¹³.

La storia del post 1978 è in gran parte da scrivere e nelle parziali ricostruzioni avanzate un aspetto si distingue con particolare evidenza: storia e memoria si intersecano indissolubilmente, soprattutto nei decenni più recenti. Per il periodo successivo al 1978 manca, infatti, la storia, ma c'è molta memoria. Analizzare questo intreccio significa contribuire a storicizzare la riforma psichiatrica italiana, che è fatta certamente di norme, di organizzazione, di istituzioni – dalle quali deriva la periodizzazione istituzionale – ma che si distingue specialmente per le pratiche e per le sperimentazioni, che hanno lasciato meno sedimentazioni documentali e che, però, hanno proprio nelle memorie il loro primo e principale deposito.

3. La deistituzionalizzazione nelle memorie individuali e collettive

L'analisi delle memorie individuali e collettive della deistituzionalizzazione – cioè dei legami tra il passato e il presente tessuti dai ricordi di singoli e di gruppi attraverso le innumerevoli forme del ricordare (le testimonianze orali, i luoghi, gli oggetti, le opere d'arte, gli archivi, gli archivi di persona, le autobiografie, ecc.) – problematizza questa impostazione riconfigurando l'intero processo attraverso quattro diverse direttrici: i tempi, i luoghi, i soggetti e i caratteri generali.

I tempi

Le memorie decostruiscono la periodizzazione istituzionale, la modificano in modo sistematico e la arricchiscono sulla base delle esperienze personali e di gruppo. Una data si depotenzia nelle memorie, in molte memorie, cioè il 1978, l'anno della riforma, perché i percorsi di superamento dell'ospedale psichiatrico hanno seguito ovunque cronologie difformi, anche all'interno di medesimi terri-

¹³ *Ivi*, p. 19. Nel 1988 venne fondata un'altra associazione nazionale di familiari, la Difesa ammalati psichici (Di.A.Psi).

tori dove potevano coesistere accelerazioni, resistenze e opposizioni: i ricordi restituiscono i tempi dei contesti locali in cui hanno preso vita le singole esperienze, anche soggettive (con la ovvia influenza delle determinanti autobiografiche sui racconti), creando di conseguenza nuove rilevanze nella narrazione. Nelle testimonianze individuali si afferma il tempo lungo (per certi aspetti indefinito) della deistituzionalizzazione, sempre più privato di precisi punti di svolta e di cadenze temporali, e si rilevano due novità: da un lato, la lentezza dei tempi istituzionali, quelli che determinano la tipica geografia a macchia di leopardo dell'applicazione della riforma psichiatrica nelle varie regioni, nelle province, nei comuni e nelle neonate unità socio sanitarie locali¹⁴; dall'altro, il tempo del lavoro di cura, di riabilitazione, di integrazione, che è ricordato come meccanico e routinario, ricco di passi in avanti e indietro, spesso apparentemente immobile come ogni descrizione della vita quotidiana. Se le narrazioni maggiormente formalizzate – per esempio quelle degli scritti autobiografici – inquadrano sempre le singole esperienze in temporalità istituzionali¹⁵, in mutamenti normativi, in decisioni di attori collettivi, definendo così scadenze, episodi di rottura e di cambiamento, periodizzazioni incessanti, questo tempo del lavoro di cura – anche tempo della relazione, delle fatiche e dei dubbi – non ha invece una data specifica, spesso è impercettibile ed è ancora tutto da interpretare. Emerge perlopiù dalle interviste, ad esempio in quella a un'operatrice d'appoggio che iniziò a lavorare a Torino negli anni Ottanta, dentro e fuori il manicomio. Così C. M. si è espressa sull'argomento:

un lavoro che rischia di essere routinario se non gli ridai senso costantemente. Il lavoro di cura è così, un po' come quello domestico. Ripetitivo. Se non è sostanziato da motivazioni e da un senso che tu vedi al di là del gesto che tu fai quel giorno, si appiattisce. [...] Per aiutare le persone a uscire da questa routine dell'istituzione totale era anche necessario per ridare un senso a degli aspetti di vita anche molto ritualizzare. [...] per noi che eravamo giovani era forse la parte più difficile, in realtà ne abbiamo poi anche capito il senso, perché riuscivi su questa ritualizzazione a far sì che le persone stessero, venissero e stessero¹⁶.

Le memorie individuali e collettive, dunque, scandiscono diversamente l'avanzamento del processo di deistituzionalizzazione e lo soggettivizzano e si produce una rappresentazione del passato fatto perlopiù di incontri nei luoghi di lavoro, nelle

¹⁴ T. Losavio, *Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma*, ETS, Pisa 2021.

¹⁵ Si vedano per esempio: P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone. La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni*, alphabeta Verlag, Merano 2014 (I ed. 1980); A. Signorelli, *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma 2015; G. Luciano, *Storia di un manicomio. Dallo "spedale de' pazzereelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino*, FrancoAngeli, Milano 2019; T. Losavio, *Fare la 180*, cit.

¹⁶ Intervista a C. M., 23 marzo 2022.

comunità in cui si opera, nei reparti, a sottolineare continuamente le specificità dei contesti di vita quotidiana¹⁷.

Tali accentuazioni introducono un tema dirimente per la storia della deistituzionalizzazione: queste memorie sono periferiche e parcellizzate sul territorio, come lo è stato di fatto l'intero processo, con tutte le sue varietà, le sue difficoltà, le sue eccellenze. Non solo. In queste specifiche ricostruzioni di relazioni situate e di scambi personali cambiano i protagonisti, i soggetti, le persone che parlano e di cui si parla: se la memoria fino al 1978 era prevalentemente di chi, soprattutto nell'ospedale psichiatrico, magari nello spazio limitato di un reparto o di pochi reparti, aveva il potere, cioè gli psichiatri, le memorie successive sono maggiormente trasversali, anche per ragioni generazionali, poiché con gli anni Ottanta entrarono a operare in ospedale psichiatrico e nei servizi territoriali figure più giovani e professioni eterogenee. Dai tempi, passiamo dunque ai luoghi e ai soggetti di cui le memorie parlano.

I luoghi

Le memorie accertano l'indubbia configurazione policentrica del processo di deistituzionalizzazione, richiamando all'attenzione i diversi casi locali che aiutarono, con e nelle pratiche, a preparare la legge n. 180 e facendo affiorare le tante storie italiane della sua applicazione (o mancata applicazione). I dettagli dei ricordi individuali e collettivi disegnano così l'inedita geografia della psichiatria in Italia dagli anni Sessanta a oggi: si inizia a comporre una vera e propria cartografia della deistituzionalizzazione, che conserva tuttavia ancora troppi buchi e punti oscuri.

Nell'introdurre nel 2003 un'intervista agli psichiatri Andreina Cerletti e Francesco Scotti sull'esperienza perugina, il loro collega Ferruccio Giacanelli espresse in modo piuttosto diretto il suo dispiacere per il silenzio calato sulla storia della psichiatria umbra pre- e post-riforma, particolarmente doloroso per loro che ne erano stati protagonisti, e la sua volontà di farla conoscere:

Con questa intervista si tratta di realizzare attraverso la nostra memoria la ricostruzione di quello che abbiamo fatto. Devo dire che io ne sento molto il bisogno dal punto di vista del reduce, anche perché ormai, abitando fuori Perugia da trent'anni, ho frequentato tutt'altra psichiatria. Tornando indietro mi sono accorto come si sia cancellato nella memoria di tutti quello che siamo stati. Ormai è rimasta una sigla: 180; tutto quello che l'ha preceduta e preparata, che è stato difficile, duro, conflittuale, contraddittorio, è stato completamente cancellato. La 180 è associata a Basaglia e soprattutto al Basaglia di Trieste, perché di quello di

¹⁷ G. Contini, M. Natalizi, *Maggiano. Gli anni del cambiamento 1958-1968*, Pacini Fazzi, Lucca 2020.

Gorizia già quasi tutti si sono dimenticati. E allora avrei voglia di ricostruire con voi una serie di eventi, e vederne i significati soprattutto, per trasmettere in qualche modo quello che siamo stati¹⁸.

Oltre alla storia ancora tutta da scrivere, fino a un certo punto mancava, dunque, anche il racconto memoriale di quanto accaduto in tante aree del Paese, paradossalmente persino in quei territori – come era Perugia, per esempio – che più avevano partecipato alla lunga fase della sperimentazione anti-istituzionale tra anni Sessanta e Settanta. Lo stesso Francesco Scotti, nella *Premessa* al suo volume sulla storia della psichiatria di comunità in Umbria – proprio quella storia che lui, da psichiatra, aveva contribuito a fare – ha esplicitato il

bisogno di raccontare una serie di esperienze di innovazione sviluppate nel corso della storia psichiatrica dell'Umbria che, benché già descritte e pubblicate, non hanno ricevuto quell'attenzione che forse meritavano. Cadute nell'oblio, sono state successivamente reinventate o importate dall'estero: strano destino quello della psichiatria italiana costretta a scoprire oltralpe – e oltre oceano – quello che aveva anticipato da anni¹⁹.

L'oblio ha però colpito per lungo tempo in particolar modo gli anni successivi al 1978 e solo nei decenni più recenti si è assistito a un proliferare di racconti prevalentemente autobiografici che hanno iniziato a illuminarlo. Nel suo intervento introduttivo al volume sull'esperienza pugliese del centro di salute mentale di Martina Franca, Pierangelo Di Vittorio ha parlato di un vero e proprio *coming out* delle persone con cui ha provato a ripercorrere questa specifica storia, e l'espressione si può estendere a intere generazioni di operatori psichiatrici di varie città italiane:

Che cosa si dichiara, che cosa si rivela nel *coming out* dei tre operatori di Martina Franca? Mi sembra che in fondo il loro gesto consista nell'affermare: «Io c'ero,

¹⁸ Ferruccio Giacanelli intervista Andreina Cerletti e Francesco Scotti in F. Scotti, *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, vol. I, Morlacchi Editore, Perugia 2021, p. 18. Si veda anche F. Giacanelli, *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia 2014. Con una base autobiografica è il ricordo di Giorgio Ferlini, dal 1975 direttore dell'ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana: M. Conci, *Giorgio Ferlini tra Ferdinando Barison e Gaetano Benedetti. Con un'appendice, documentaria*, in P. Guarnieri, (a cura di), *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*, Fondazione Museo storico del Trentino, Trento 2021, pp. 117-151; altre testimonianze in M.L. Drigo, F. Ficco, R. Taiani (a cura di), *Giorgio Maria Ferlini e la sua psichiatria*, Fondazione Museo Storico Trentino, Trento 2019. Più noti i libri-intervista a Giovanni Jervis e a Sergio Piro: G. Corbellini, G. Jervis, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2008; S. Piro, C. Carrino, *Quando ho i soldi mi compro un pianoforte. Conversazioni con un protagonista della psichiatria del '900*, Liguori, Napoli 2010.

¹⁹ F. Scotti, *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, cit., p. 11.

mi assumo la responsabilità di questa storia, ma adesso voglio uscire allo scoperto per provare a raccontarla e a riflettere su di essa a modo mio». Affermando questo, è evidente che essi stanno anche dichiarando l'insofferenza rispetto alla quale non sono più disposti a transigere, e che quindi è alla base del loro venire allo scoperto e prendere la parola. Di che natura è tale insofferenza? Credo che essa riguardi quello che potremmo definire una mancata "storicizzazione" della loro esperienza. A un certo punto, questa specie di "buco" di parole e di pensieri riguardanti la loro storia – mancanza resa forse più angosciante dal fatto di essere stata riempita di parole e pensieri nei quali non si riconoscevano più, e che anzi li costringevano a una condizione di frustrante silenzio – è diventato intollerabile. Si tratta quindi dell'insofferenza per una pergamena sottratta, per l'impossibilità di farne un palinsesto, ossia di raschiarla per registrarvi la propria lettura di quello che è accaduto. E andare avanti²⁰.

Le diverse memorie provenienti dalle varie parti d'Italia sono comparse lentamente e con estrema difficoltà, in modo irregolare e discontinuo²¹, ma sono al momento tra le poche tracce della storia dell'applicazione della riforma psichiatrica²².

L'accento sui luoghi operato dalle memorie ha però anche un'altra sfumatura: esse, infatti, si legano non soltanto a territori definiti, dando così visibilità alle tante storie locali, ma anche e soprattutto a spazi specifici e limitati, aperti, chiusi o attraversati. Quel che le memorie svelano sono le biografie delle persone lì conosciute, gli odori in cui ci si sentiva immersi, gli oggetti presenti, usati e rifiutati, i suoni delle chiavi, dei citofoni e delle porte che si aprivano liberamente, le emozioni provate. Questi "nuovi" spazi corrispondono ai singoli manicomi in

²⁰ P. Di Vittorio, *I vetri rotti e la gaia scienza delle rovine. Un'esperienza di salute mentale in Italia*, in P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2019, pp. 13-39, p. 15.

²¹ P. Lalli (a cura di), *C'era una volta un muro. Storie dal manicomio*, Clueb, Bologna 1997; G. Antonucci, *Diario dal manicomio. Ricordi e pensieri dall'agosto 1973 al settembre 1996*, Spirali, Milano 2006; Chille de la balanza (a cura di), *I tetti rossi. San Salvi da manicomio a libera repubblica delle arti*, Polistampa, Firenze 2010; C. Migani, *Memorie di trasformazione. Storie da manicomio*, Negretto, Mantova 2018; C. Tedesco, *Il rumore del manicomio. Testimonianze dall'ospedale psichiatrico di Racconigi*, Arabafenice, Boves 2019. Di genere diverso il podcast su Arezzo *Storie dai Tetti rossi* del 2021: <https://www.podchaser.com/podcasts/storie-dai-tetti-rossi-1872498> (ult. cons. 30/10/2025).

²² Altri esempi: nel 2009, la psichiatra Assunta Signorelli, dopo i tanti anni trascorsi a Trieste, in un intervento emblematico dal titolo *Profonda/mente sud: la 180 si è fermata a Eboli?* (in A. Signorelli, *Praticare la differenza*, cit., pp. 201-208), riprendeva il tema a lungo rimosso degli effetti della riforma nelle regioni meridionali, le cui contraddizioni aveva potuto misurare nel suo incarico in Calabria, e più recentemente lo psichiatra Giuseppe Luciano, già autore di un libro-memoria sulla chiusura dell'ospedale psichiatrico femminile di via Giulio, a cui diede un contributo fondamentale, ha proposto una lettura critica della legge 180, soprattutto ripercorrendo, con un taglio ugualmente autobiografico, l'esperienza del Piemonte e di Torino (G. Luciano, *Disagi e disturbi mentali ieri oggi e domani: le condizioni di vita delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie prima e dopo la legge di riforma psichiatrica del 1978*, FrancoAngeli, Milano 2025).

trasformazione²³, ai reparti²⁴, ai vari istituti per minori²⁵, alle comunità interne, alle nuove strutture esterne, agli ambulatori, ai cortili e alle aree verdi: sono gli ambienti descritti, ricordati, sperimentati in prima persona dai testimoni. L'immedesimazione dei ricordi con gli spazi permette quindi di censire i siti e le sedi della psichiatria fuori dal manicomio, più difficilmente individuabili e tracciabili e in continuo divenire²⁶, e ci aiuta a comporre un vero e proprio atlante urbano della deistituzionalizzazione, dando rilevanza all'infinità di centri che, col superamento del manicomio, perdono evidenza: se la memoria dell'ospedale chiuso, del reparto tradizionale, dei cancelli è molto forte, lo è meno, invece, quella delle strutture intermedie, delle case, dei gruppi appartamento, delle pensioni, delle comunità, dei centri diurni, dei servizi²⁷, anche degli Spdc. Piano piano negli ultimi anni anche queste diverse memorie degli spazi della "nuova" psichiatria hanno iniziato ad avere forma narrativa.

Dei "repartini" psichiatrici – quei reparti ospedalieri, in teoria finalizzati alla gestione di particolari momenti di crisi, tanto discussi fin dai primi tempi della riforma, perché a lungo e in molte aree attivati senza una solida rete di servizi territoriali alle spalle – parlano, per esempio, con diversa prospettiva, tre recenti opere del genere fiction-non fiction, tutte scritte partendo dal vissuto personale: il libro dello scrittore e poeta Daniele Mencarelli *Tutto chiede salvezza*, dove è rielaborata l'esperienza di un trattamento sanitario obbligatorio; quello dello psichiatra Paolo Milone *L'arte di legare le persone*, chiara rielaborazione degli anni trascorsi in reparto; quello, infine, dell'autrice e traduttrice Francesca Valente *Altro nulla da segnalare*, nato dal rapporto con lo psichiatra basagliano Sorrentino che per anni ha

²³ Si vedano per esempio il webdoc di Gabriella Lanza e Daniela Sala, *Matti per sempre* (2018, <https://www.raiplaysound.it/playlist/mattipersempre>, ult. cons. 25/09/2025), e le puntate della trasmissione radiofonica *Tresoldi* intitolate *La collina dei matti*, trasmesse nel febbraio del 2017 e dedicate ai cambiamenti dell'ex manicomio di Quarto a Genova (<https://www.raiplaysound.it/playlist/lacollinadeimatti>; ult. cons. 27/09/2025).

²⁴ *Sogno Matto* di A. D'Aquila (2023) ripercorre con interviste e testimonianze la trasformazione, tra il 1968 e il 1969, del reparto 12 del manicomio di Collegno in una comunità terapeutica.

²⁵ Sugli istituti medico-psico-pedagogici e sui reparti per bambini esiste molta produzione memoriale: A. Bonvicini, *Fate la storia senza di me*, add editore, Torino 2011; M. Ammaniti, *Passoscuro. I miei anni tra i bambini del Padiglione 8*, Bompiani, Firenze-Milano 2022. Si veda anche il documentario *Fate la storia senza di me* di M. Capozzoli (2010). Sul superamento di Villa Azzurra, il reparto per bambini dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco (Torino) divenuto celebre per l'inchiesta de «L'Espresso» del 20 luglio 1970: G. Garena, L. Tosco, *Oltre il '68. Due educatori in viaggio nella provvisoria reale utopia, dalla segregazione all'integrazione sociale*, Libreriauniversitaria.it, Padova 2018.

²⁶ A parte i reparti ospedalieri e gli ambulatori, risulta altrimenti estremamente complicato disegnare la mappa dei vari servizi psichiatrici, dai centri diurni alle differenti tipologie di comunità.

²⁷ All'interno delle comunità ospiti negli edifici dell'ormai ex ospedale psichiatrico di Grugliasco, alla metà degli anni Ottanta si formò un collettivo di donne formato da operatrici e da ex degenti: C. Sasso, *Diecimila lenzuola dopo*, Centro di documentazione Casap, Torino 1988. Sul Centro Donna Salute Mentale di Trieste: F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, Einaudi, Torino 2000.

diretto un Spdc torinese²⁸. Proprio la premessa di Francesca Valente spiega bene la commistione tra ricordi e finzione letteraria e la funzione memoriale dell'opera:

Anni fa, lo psichiatra Luciano Sorrentino, con cui da molto tempo coltivavo un'amicizia profonda, si presentò a casa mia con una pila di quaderni sbrindellati, li appoggiò a terra davanti a me e mi disse: «Ecco qui». Quei quaderni, chiari, erano i "rapportini" che gli infermieri del reparto Spdc, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale Mauriziano di Torino, compilavano alla fine del loro turno perché medici e infermieri fossero a conoscenza di tutti gli accadimenti e le preoccupazioni che riempivano quelle stanze. [...] Cominciammo a vederci periodicamente, senza stabilire tempi e durata delle sessioni nelle quali Sorrentino ricordava, raccontava, ripercorreva la vita sua e dei «matti forte» che aveva incontrato nel repartino, perché qualcuno oltre a lui ne fosse in un certo modo testimone²⁹.

Il Centro donna salute mentale di Trieste era un ambiente profondamente diverso dagli Spdc – «Qui tutto è così naturalmente piacevole»³⁰ –, ed è stato a lungo frequentato da Fabrizia Ramondino, chiamata direttamente da Assunta Signorelli, che lo aveva fondato, per raccontarne l'esistenza e la quotidianità. Nel tempo trascorso con le donne del servizio – psichiatre, operatrici, utenti –, Ramondino raccolse notizie e voci, che nel giro di qualche tempo vennero trasformate in un libro. Nel suo *Congedo*, l'autrice ha spiegato il suo metodo di indagine:

Ho raccontato delle donne di via Gambini, non come un'osservatrice distaccata, ma mettendo in gioco me stessa, denunciandomi fin dove mi è riuscito, esponendomi a emozioni e sollecitazioni intellettuali, che spesso hanno minato i miei già fragili equilibri. Né avrei potuto fare altrimenti.

Delle donne in cura non ho voluto leggere le cartelle cliniche nemmeno quando mi è stato offeso.

Questo non significa che non mi sono voluta documentare, semplicemente l'ho ritenuto superfluo, se non fuorviante, ai fini della narrazione.

[...] Se fossi vissuta in altri tempi remoti dei cantastorie e se fossero esistiti cantastorie donne, o in tempi meno remoti quando le nonne narravano le fiabe del focolare, probabilmente non avrei scritto, piuttosto avrei raccontato a voce.

Ma chi è disposto ad ascoltare semplicemente delle storie da bocca a orecchio³¹?

²⁸ D. Mencarelli, *Tutto chiede salvezza*, Mondadori, Milano 2020; P. Milone, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino 2021; F. Valente, *Altro nulla da segnalare*, Einaudi, Torino 2022.

²⁹ F. Valente, *Altro nulla da segnalare*, cit., pp. V-VI. Su questo filone, di una certa attenzione il recente documentario girato in una comunità psichiatrica romana raccogliendo le testimonianze degli ospiti e degli operatori: *Krypton* di F. Munzi (2023).

³⁰ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., p. 45.

³¹ *Ivi*, pp. 301-302.

Frequentando il centro, Ramondino è diventata testimone diretta e indiretta di quell'esperienza e di quello specifico spazio: nella trascrizione letteraria, infatti, la scrittrice, oltre a esporre quanto aveva visto, ha cercato di dare voce alle storie ascoltate dalle parole e dai corpi delle donne conosciute. Come gli altri autori, Ramondino produce così una precisa memoria dei luoghi: di tutti questi spazi della psichiatria oltre il manicomio, non solo repartini, ma anche servizi territoriali più o meno avanzati, le memorie trasmettono dettagli, descrizioni e funzionamento, sempre dalla prospettiva di chi, in qualche modo, vi è passato, di chi li ha vissuti e di chi li ha attraversati.

I soggetti

Passiamo ad analizzare i soggetti della deistituzionalizzazione. Le memorie permettono infatti di procedere con un inventario dei protagonisti di questo processo, anzitutto di quelli via via dimenticati. Se la memoria pubblica della deistituzionalizzazione ha una sostanziale struttura gerarchica, dato che la voce appartiene quasi esclusivamente agli psichiatri, le memorie individuali riportano alla luce la presenza e la testimonianza di diverse figure professionali spesso ignorate (gli infermieri, ma soprattutto assistenti sociali, educatori, altre professioni della cura, personale amministrativo, addetti alle manutenzioni, artisti e operatori culturali, ecc.³²) che hanno contribuito, prima e soprattutto dopo la legge n. 180, al superamento dell'“istituzione totale”, e di chi era internato in manicomio, le cui storie – centrali nella discussione pubblica tra anni Sessanta e anni Settanta – sono state in larga parte dimenticate e sostituite da quelle di chi ha lavorato per la chiusura degli ospedali psichiatrici³³. Grazie alle memorie appaiono inoltre sulla scena le donne, a lungo totalmente rimosse: le internate, le psichiatre, le tante operatrici sociali delle istituzioni e delle cooperative, le femministe³⁴.

³² Si veda per esempio il recente documentario che ripercorre la storia della prima cooperativa nata dentro il manicomio di San Giovanni a Trieste: *50 anni di CLU-Lavoratori Uniti Franco Basaglia Cooperativa Sociale* di E. Rossi (2024).

³³ D. Tabor, *Voci dal manicomio. Il racconto pubblico dell'ospedale psichiatrico nelle testimonianze dei ricoverati*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXLVII (2023), n. 3, pp. 161-185. Esistono alcune eccezioni, come A. Cañedo Cervera, S. Collina, *Ero pazzo, scusa, ero pazzo davvero*, Gruppo Abele, Torino 1997.

³⁴ G. Morandini, ... *E allora mi hanno rinchiusa. Testimonianze dal manicomio femminile*, Bompiani, Milano 1977; F. Ongaro Basaglia, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, il Saggiatore, Milano 1978; A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio (1968-1977)*, Einaudi, Torino 1979; G. Del Giudice, *Le donne nel manicomio*, in A. Signorelli (a cura di), *Fatevi regine. Sensibili alle foglie*, Roma 1996, pp. 80-88; F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit.; F. Ramondino, R. Siebert, A. Signorelli, *In direzione ostinata e contraria*, Tullio Pironti, Napoli 2015; A. Signorelli, *Praticare la differenza*, cit. Per una discussione sul tema: D. Adorni, D. Tabor, *Soggettività liberate e nuove pratiche di cura. Femminismi e deistituzionalizzazione nel caso di Torino (1968-2000)*, in M. Salvante, M. Scarfone e M. Setaro (a cura di), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, «Genesis», XXIII (2024), n. 2, pp. 73-99; D. Ador-

A partire dai soggetti riusciamo inoltre a immaginare la composizione e l'articolazione dei vari gruppi impegnati nella lotta e nelle nuove pratiche psichiatriche, diversi per sensibilità, orientamenti politici, aree di influenza e di azione, possiamo identificare i vari raggruppamenti contrari alla riforma psichiatrica o le diverse sfumature dei critici, e possiamo infine problematizzare le identità implicate nel processo di deistituzionalizzazione. Su quest'ultimo punto occorre soffermarsi brevemente per le ripercussioni interpretative generali che comporta.

L'attenzione ai tratti identitari dei gruppi partecipi a vario titolo del processo di deistituzionalizzazione chiarisce la relazione che si stabilisce tra le configurazioni sociali (comunità di memoria) e il racconto memoriale, e rileva una caratteristica primaria di queste specifiche memorie: esse hanno confini professionali ben limitati da cui derivano precise forme di restituzione. Per esempio, se le memorie degli psichiatri sono spesso individuali – in ogni caso appartenenti a comunità del ricordo omogenee –, quelle degli operatori sociali mantengono una marcata prospettiva collettiva³⁵: nel raccontare il proprio passato, si alternano in questo modo la prima persona singolare e la prima persona plurale. Vediamone un paio di esempi.

Spinte dalla volontà di ripercorrere la propria storia in occasione degli anniversari fondativi, La Nuova Cooperativa e la cooperativa Progetto (poi Progetto Muret) – la prima nata nel 1980 per creare occasioni lavorative a degenti ed ex degenti degli ospedali psichiatrici torinesi, la seconda nel 1982 per fornire, sempre a Torino, il personale necessario a svolgere il lavoro sociale – a distanza di oltre un decennio hanno pubblicato due libri frutto di precise scelte autoriali: la scrittura collettiva e autobiografica, la raccolta di testimonianze di socie e di soci, la ricostruzione corale dell'esperienza, privata di accenti individuali. Il libro de La Nuova Cooperativa descriveva così le prime assemblee, frequentate da soci e dirigenti che erano prevalentemente ex degenti dell'ospedale psichiatrico:

Nel primo anno di esistenza ci ritrovavamo tutti ogni settimana all'assemblea del giovedì per definire i problemi relativi al lavoro e alle condizioni di vita dei soci, che allora abitavano tutti nelle comunità interne. In quelle occasioni si discuteva anche della politica della nuova amministrazione dell'Ussl rispetto al progetto di superamento degli ospedali psichiatrici. [...] Alle assemblee settimanali partecipano anche gli operatori sanitari che condividono il progetto. Per questi è chiaro che quel lavoro di elaborazione, avviene «a casa della Nuova», in quel luogo, messo a disposizione dall'Ussl, dove per entrare si deve bussare e dove per usare il telefono si deve chiedere l'autorizzazione³⁶.

ni, D. Tabor, *Women and mental health in Italy: feminism, psychiatry and asylums in 1970s Turin*, in «Modern Italy», Published online 2025, pp. 1-23, doi:10.1017/mit.2025.10079 (ult. cons. 27/10/2025).

³⁵ D. Tabor, *Memorie della liberazione dal manicomio. Per una storia orale della deistituzionalizzazione a Torino*, in D. Adorni, D. Tabor (a cura di), *Memorie che curano/Memorie da curare*, cit., pp. 21-31.

³⁶ La Nuova Cooperativa, *Volevamo soltanto cambiare il mondo. Storia di un'impresa sociale a To-*

La stessa enfasi sull'identità collettiva del soggetto sociale cooperativo si trova nel *Prologo* dell'autobiografia dell'altra cooperativa, la Progetto Muret, scritto dall'ex presidente Cristina Cappelli:

Un primo, grande ringraziamento va alla moltitudine di persone che *abitano e attraversano* questa pubblicazione.

Oltre agli autori di ogni capitolo, molti sono i volti, le mani e i pensieri, oggi raccolti in Archivi Sociali, fonte di gran parte della scrittura, che accompagnano la narrazione e hanno reso possibile la tessitura del libro attraverso il Filo della Scrittura, sua voce narrante.

Non troverete nomi nelle citazioni tratte dai documenti archiviati in questi vent'anni di lavoro sociale sulla cura.

Spesso, non firmati individualmente, sono contributi che abbiamo rintracciato come parole scritte di chi, attraverso le associazioni, le cooperative o i servizi pubblici, ha rappresentato alcuni aspetti del lavoro di cura³⁷.

Come sempre, però, le identità fanno riemergere precisi confini di appartenenza e sottolineano ruoli e posizioni, anche nei ricordi. Nelle memorie ricorrono ripetutamente i due pronomi “noi” e “loro”, talvolta utilizzati per differenziare le varie anime del movimento anti-istituzionale – nella più recente edizione del suo libro autobiografico lo psichiatra Peppe Dell'Acqua, che lavorò a Trieste al fianco di Basaglia, scrive: «Ho avuto la fortuna di partecipare a una storia che “ha cambiato il mondo”. Questo libro per restituire a chi legge, spero tanti giovani, studenti e operatori, un pezzo di quell'entusiasmo e provare a ricercare insieme il senso di quegli accadimenti»³⁸ –, talvolta invece pronunciati per riaffermare la distanza tra “sano” e “malato”. Del rischio di riproporre al di fuori del manicomio la logica manicomiale dell'esclusione e dell'etichettamento discusse l'originale gruppo di ricerca che, alla fine degli anni Ottanta, si formò in una cittadina industriale della periferia nord di Torino, Settimo Torinese³⁹. Composto da operatori e da giovani utenti del servizio di salute mentale, il gruppo di ricerca misto si interrogò sulla follia, sulla crisi e sulle risposte possibili, a partire dai soggettivi vissuti di sofferenza. Nella riflessione co-

rino negli anni Ottanta, Sonda, Torino 1992, pp. 36-37.

³⁷ M.T. Battaglini, C. Cappelli (a cura di), *a cura di. Narrazioni e pratiche di un lavoro sociale*, Carman, Torino 2008, p. 9. Archivi sociali è un progetto di archiviazione della documentazione prodotta dagli anni Sessanta in poi da alcune associazioni e cooperative torinesi coinvolte nel superamento degli ospedali psichiatrici. Il riordino è oggi parte di un progetto archivistico più ampio: https://archivi.polodel900.it/scheda/oai:polo900.it:249236_progetto-intrecci-di-psichiatria-di-comunita-gli-archivi-dei-protagonisti-della-rivoluzione-psichiatrica-piemontese (ult. cons. 25/10/2025).

³⁸ P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, cit., pp. 10-11.

³⁹ Col compito di avviare uno dei primi e innovativi servizi psichiatrici territoriali d'Italia, nel decennio precedente era qui approdata un'intera équipe di lavoro, guidata dallo psichiatra Enrico Pascal e proveniente da alcuni reparti del manicomio di Collegno, dove era stata sperimentata la comunità terapeutica.

mune il problema della distanza tra “noi” (operatori) e “loro” (malati) era cruciale, «Perché i momenti di autentica terapeuticità liberatoria sono continuamente insidiati dal rischio di scadere a manovre difensive o di reciproca strumentalizzazione che bloccano la relazione»⁴⁰. Al centro c'era insomma il nodo mai sciolto del rapporto terapeutico, cioè di quella specifica interazione finalizzata «a produrre un cambiamento» nei soggetti coinvolti⁴¹.

Tuttavia [...] – si scriveva nel volume che restituiva i risultati dell'inchiesta – è necessario chiarire il senso di quanto a suo tempo si era affermato a proposito della condivisione di esperienze: «Ma siamo riusciti davvero ad abbattere noi e loro, noi-con-loro, loro-con-noi, la *barriera* che inizialmente ci separava rendendoci gestori della normalità e incapaci di capire la follia?

Abbiamo rimescolato i nostri mondi, il nostro e il loro, la nostra e la loro maniera di vivere?

Li abbiamo sufficientemente resi sani e liberati, ci hanno sufficientemente angosciati e fatti impazzire?».

Non si tratta di un artificio retorico, né di formulazioni ideologiche, ma ci rendiamo conto oggi che questa affermazione può sembrare non soltanto provocatoria, o avventata, ma esasperata, onnipresente, e addirittura folle. Perché non si limita a porre il problema della partecipazione, ma propone la condivisione di follia fino al rimescolamento e allo scambio tra normali (gli operatori) e pazienti (gli utenti). Ma fino a che punto è possibile e fino a che punto è liberatoria una sorta di inversione dei ruoli⁴²?

4. I caratteri generali

Con uno sguardo dall'alto e nonostante la carenza degli studi storici sul *dopo* 180⁴³, è possibile indicare quattro fasi dell'applicazione della riforma psichiatrica in Italia: la prima corrisponde agli anni Settanta fino al 1978, con le esperienze basagliane di Gorizia e di Trieste mentre altri protagonisti portavano avanti la dei-

⁴⁰ E. Pascal, *Follia e ricerca. Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*, Rosenberg & Selier, Torino 1991, p. 29.

⁴¹ *Ivi*, p. 27.

⁴² *Ivi*, p. 29. La citazione rimanda al contributo dell'équipe al congresso *Small scale strategy* di Lovanio (Belgio) del 1981. Il documento è rintracciabile nell'Archivio Enrico Pascal della cooperativa il Margine: <https://www.ilmargine.it/15-tesi-di-lovanio/> (ult. cons. 20/10/2025).

⁴³ Per una prima sintesi si rimanda a: S. Magagnoli, D. Tabor, *Application and effects of Italian Law 180, 'The Reform of Psychiatric Care'*, in C. Guareschi, V. Bizzarri (edited by), *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of His Practice*, Springer, Cham 2025, pp. 133-152; S. Magagnoli, D. Tabor, *La lunga deistituzionalizzazione. La riforma psichiatrica italiana e la sua applicazione*, in «Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali», 112 (2025), n. 1, pp. 251-276.

stituzionalizzazione in varie parti d'Italia⁴⁴; la seconda fase comprende gli anni dal 1978 alla riforma sanitaria del 1992, quando le competenze passarono in capo alle unità sanitarie locali e si moltiplicarono le critiche alla riforma psichiatrica⁴⁵; la terza include buona parte degli anni Novanta con i Progetti Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale che portarono alla definitiva chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici intorno all'anno 2000; l'ultima fase riguarda il ventennio più recente, quando le politiche di salute mentale sono state elaborate e attuate per la prima volta senza manicomi.

Ma come cambia questo quadro interpretativo quando esaminiamo le memorie?

L'analisi delle memorie della deistituzionalizzazione ridefinisce complessivamente i caratteri generali del processo, le sue periodizzazioni e il rapporto tra centri e periferie (o presunti tali). Prende forma una storia non omogenea, fatta di conflitti e di difficoltà, di incredibili differenze territoriali e di orientamento clinico e politico, di delicati equilibri con l'opinione pubblica. In questa prospettiva, il superamento degli ospedali psichiatrici italiani può essere descritto secondo quattro diverse chiavi interpretative.

In primo luogo, esso può essere rappresentato solo attraverso una geografia policentrica: ogni memoria proietta la sua luce su nuove centralità, su casi locali dimenticati e riscoperti, che svelano possibilità e contraddizioni applicative della riforma psichiatrica italiana, di fatto superando la logica diadica centro-periferia, e sposta

⁴⁴ E. Venturini, *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979. In questi anni le critiche alle istituzioni totali e le pratiche di deistituzionalizzazione iniziarono a oltrepassare l'ambito della psichiatria: cfr. B. Guidetti Serra, F. Santanera (a cura di), *Il paese dei celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, Torino 1973. Il ruolo svolto dalla mobilitazione dell'opinione pubblica fu in questa fase cruciale. Oltre al successo della ormai classica produzione basagliana, che non è necessario richiamare, ne sono testimonianza alcuni volumi e documentari: Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione di Torino, *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Torino, Einaudi 1971; A. Papuzzi, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977; *Matti da slegare* di S. Agosti, M. Bellocchio, S. Petraglia, S. Rulli (1975), ambientato a Parma; *Fortezze vuote* di G. Serra (1975). Utile il rimando all'analisi di M. Guglielmi, *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Franco Cesati, Firenze 2018.

⁴⁵ Per alcune indicazioni, D. Pulino, *Le metamorfosi della politica di salute mentale italiana*, in «Cartografie sociali», 5 (2020), n. 9, pp. 168-183. Vi sono numerose pubblicazioni sui vari casi locali, tra storie e testimonianze, oltre a quelle già citate: G. Micheli, *I nuovi Catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata*, il Mulino, Bologna 1982; E. Aguglia et alii (a cura di), *La storia della psichiatria triestina. Atti del IX convegno di storia medica giuliana, Trieste, 30 novembre 1991*, in «Il Lanternino: bimestrale di storia della medicina e medicina sociale», 92 (1993), n. 4, 36 pp.; P. Guarnieri, *Per una storia della psichiatria antistituzionale. L'esperienza del rinnovamento psichiatrico in Umbria 1965-1995*, in «Annali di neurologia e psichiatria», supplemento ad a. XCII (1998), n. 2; F. Rotelli (a cura di), *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, alphabeta Verlag, Merano 2015; M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017; A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, alphabeta Verlag, Merano 2018; M. Minelli, *Salute mentale e territorio*, in «Rivista della Società italiana di antropologia medica», 21 (2020), n. 49, pp. 129-162; P. Guarnieri (a cura di), *Uscire dall'insopportabile*, cit.

l'attenzione dal *dentro* al *fuori*, a quanto cioè concerneva la costruzione di servizi psichiatrici senza manicomio. In secondo luogo, esso prospetta cronologie diversificate del post 1978, frutto di innumerevoli variabili e delle loro combinazioni: tra queste, sono da considerare quelle istituzionali, legate ai tempi e ai ritardi – alle difformità – delle legislazioni regionali, alle posizioni delle forze politiche, alle articolazioni tra le scale regionali, provinciali, comunali, di quartiere e delle unità sanitarie locali, insieme a quelle derivanti dagli orientamenti locali dell'opinione pubblica, dall'azione di associazioni e di cooperative, dallo scambio di esperienze con altre realtà, dalla presenza di leadership e di movimenti collettivi, pro e contro la legge n. 180. In terzo luogo, il processo di chiusura dei manicomi risulta frutto di un lavoro ampio e trasversale, per professioni, ruoli, competenze, motivazioni, generi, generazioni: le memorie mettono in scena i numerosi attori coinvolti, dagli psichiatri agli educatori delle cooperative, dagli amministratori locali ai degenti, dai volontari delle associazioni pro-riforma a quelle dei familiari che si opponevano. Infine, esso fa emergere con grande evidenza il significato attribuito dai vari soggetti coinvolti al lavoro di cura, che alcuni interpretavano come mero *to cure* e che altri hanno sperimentato nella forma del *to care*, recuperando la matrice polisemica del termine deistituzionalizzazione, non più confinato al mero percorso di chiusura dei manicomi italiani.

I. PRESENTI REMOTI

Medicina e psichiatria, ovvero cani e banane: una testimonianza

Annibale Crosignani

Espongo alcune considerazioni sul tema della deistituzionalizzazione manicomiale come l'ho intesa e praticata, in un periodo storico unico ed eccezionale per la storia della psichiatria, con la comunità terapeutica nata nel 1969 all'interno dell'ospedale psichiatrico femminile di via Carlo Ignazio Giulio a Torino e terminata nel 1972.

Nel documento fondativo della nostra comunità, risalente al 3 aprile 1969, si legge:

la vita manicomiale nei suoi aspetti autoritari e repressivi produce sulle degenti degradazione regressiva fino all'annientamento della persona, per cui è necessario affrontare i problemi della persona affetta da disturbo mentale nel suo ambiente di vita, ricuperando la figura terapeutica del medico e dell'infermiere nel rifiuto della funzione custodialistica repressiva attuale¹.

La comunità terapeutica iniziata su queste basi il 10 aprile 1969 è durata quattro anni, estinguendosi per la dimissione di tutte le ricoverate: fatto rilevante che ha favorito e permesso da un lato la chiusura del manicomio di via Giulio e, al contempo, la nascita del *Settore psichiatrico Torino 5*, con l'apertura di un ambulatorio territoriale a Collegno, come prevedeva il programma di *riforma* psichiatrica propugnato dalla Provincia di Torino in accordo con l'Opera pia ospedali psichiatrici.

La comunità era composta da 158 lungodegenti con una età media di sessant'anni con un grado di patologia mentale di medio-alta gravità e un tasso di regressione istituzionale consistente e variabile.

L'inizio della vita comunitaria, fondata sulla libertà e la responsabilità, sulla democrazia e sulla messa in discussione del proprio ruolo, ha avuto un effetto benefico sulla vita di ogni membro ma soprattutto sulle ricoverate, che gradualmente si sono sbloccate, sono uscite dal loro torpido isolamento e hanno incominciato a comunicare.

Con l'apertura delle porte sono arrivate persone della società civile che hanno dato un contributo significativo, essenziale, per la socializzazione delle ricoverate. Mi corre l'obbligo di menzionare Franco Basaglia, Dario Fo, registi, parlamentari,

¹ Archivio privato Annibale Crosignani.

Luigi Carluccio e pittori, studenti, operai, persino psichiatri russi, giornalisti famosi fra i quali Camilla Cederna. Ma la parte del leone l'ha fatta la musica con il Duo Fasano, che ha mandato la comunità in un tripudio di allegria, di gioia e di commozione cantando *Aveva un bavero* (color zafferano).

Per ogni ricoverata è stato fatto un progetto terapeutico personalizzato, lavorando con successo per favorire il *ricupero* dell'integrità della personalità del soggetto, senza pretendere di guarire la malattia mentale. Abbiamo imparato a comunicare prima di tutto tra noi medici, poi tra medici e infermiere e infine a trasmettere uno strumento di comunicazione con e tra le ricoverate sia a livello duale sia a quello di gruppo.

Arrivati ad una fase di maturazione della comunità, si è affrontato il problema dell'uscita delle ricoverate nella società, nella quale ambivano fortemente di ritornare: materialmente, il problema del ritorno delle ricoverate là dove risiedevano i loro familiari – qualora esistessero ancora. Ricordo qui un episodio significativo: una paziente – Fiorina – ottenne dall'assemblea il permesso di uscire un pomeriggio per cercare la sua casa, che si scoprì non esserci più. Poiché a sera Fiorina non era ancora rientrata, la sua assenza mise in ansia i medici che per tutta la notte la cercarono nei punti chiave della città. Al mattino la donna ritornò tranquilla: aveva dormito da una parente. Che sollievo! Un altro aneddoto piacevole. Rosina dice: «quando uscivamo con le infermiere per le vie di Torino la gente faceva il segno della croce e scappava, ora esco da sola e sono trattata come le altre».

La socializzazione esterna era, come si può ben intuire, un compito arduo perché c'erano delle barriere, dei limiti, che non si potevano superare e in questi casi bisognava trovare dei compromessi, facendo accettare al soggetto una realtà amara, che era imm modificabile.

In certi casi l'abitazione non c'era più; in altri il marito era morto oppure i figli non potevano accogliere la madre; in altri ancora il coniuge conviveva con una nuova compagna. In queste situazioni, lavorando alacremente sulle ricoverate e sui famigliari, abbiamo ottenuto risultati insperati riuscendo a dimettere 55 persone nel dicembre 1969 e incominciando a creare la prima casafamiglia, un nucleo familiare di due donne seguite assiduamente dalle infermiere.

Il nostro lavoro era basato sulla persuasione, sulla convinzione e sul dialogo. Mai sulla prevaricazione, sulla costrizione, sulla violenza: il personale medico e infermieristico accettava il principio di essere messo in discussione e la critica. Non abbiamo mai fatto uso della contenzione, avendo tra l'altro bruciato gli strumenti di contenzione: è il simbolico rogo delle cinghie del 13 settembre 1969, con cui si celebrarono i primi sei mesi in comunità. Per onestà intellettuale abbiamo il dovere di ricordare un tragico suicidio, un lutto difficile da elaborare.

L'eccessiva visibilità mediatica non ci è stata d'altronde di giovamento perché non siamo stati in grado di gestire il successo, con spiacevoli conseguenze di cui abbiamo preso coscienza. Ma la comunità ha proseguito il suo cammino. Un risultato eccel-

lente è stata la formazione delle infermiere, che da custodi si sono trasformate in figure terapeutiche motivate e generose, colonne portanti della comunità.

Che dire della figura dello psichiatra? In quel periodo non esisteva lo psichiatra ma il neuropsichiatra, che aveva una formazione prettamente neurologica di stampo organicistico: all'università aveva imparato che lo psicotico era irricuperabile, un essere col quale non valeva la pena di parlare, di cercare di capirlo; e infatti nei manicomio finivano soltanto medici che non trovavano altri posti di lavoro, che erano in ultima analisi dei falliti, ridotti a svolgere funzioni carcerarie.

La scoperta della ricchezza intellettuale e affettiva del mondo del folle con le sue problematiche e coi suoi contenuti onirici e visionari, solo in apparenza impenetrabile, ha permesso allo psichiatra che volesse addentrarsi in questo diffidente campo di arricchirsi, di formarsi, di avere un ruolo dignitoso: di rivalutare e qualificare la sua professionalità.

Quello che ho imparato e che mi sento di affermare, senza pretendere di dare lezioni a chicchessia, è la seguente asserzione. Lo psichiatra non deve affrontare solamente la malattia, che tra l'altro rimane un mistero, ma confrontarsi con tutti i mezzi a disposizione, farmacologici, psicologici soprattutto e sociali, con la persona, legata affettivamente con la famiglia e immersa nel suo contesto di vita, evitando di chiudersi nella roccaforte della sua scienza biologica.

Parafrasando Georges Daumezon – che propugnò l'introduzione della psicoterapia nelle istituzioni psichiatriche – lo psichiatra territoriale, che pratica la legge 180, deve essere come un frate zoccolante che vive la sua professione per e con i suoi pazienti: non un frate dotto chiuso nello studio del convento. La pratica di una psichiatria biologica impoverisce ed umilia la psichiatria portandola in un vicolo cieco.

Nel maggio 1978, Franco Basaglia (al quale non mancava l'ingegno e la lungimiranza) esortò a non «omologare la psichiatria alla medicina», ciò che in realtà a suo vedere la legge 180 cercava di fare (ed era comunque sempre un progresso rispetto all'«abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia» sancito a inizio Novecento dalla legge 36/1904, che per oltre settant'anni aveva favorito «segregazioni e torture»): «È come se volessimo omologare i cani alle banane»².

² F. Giliberto, *Che dice Basaglia*, in «La Stampa», 12 maggio 1978, p. 11. E proseguiva: «[...] è ancora sul territorio che prima di tutto bisogna intervenire. Con strutture non ghettizzanti, combattendo l'emarginazione a tutti i livelli, facendo opera di prevenzione, lottando contro le contraddizioni della società. Negli ospedali ci sarà sempre il pericolo dei reparti speciali, del perpetuarsi d'una visione segregante ed emarginante. E poi non dimentichiamo un grave aspetto della nuova legge: le norme che prevedono convenzioni per il ricovero di malati di mente anche nelle cosiddette case di cura private. Ce ne sono moltissime in Italia, dove il malato è trattato con totale disprezzo, peggio che nei vecchi manicomio, piene di medici innamorati dell'elettrochoc [...] il nostro sarà un lavoro particolarissimo. La psichiatria, che finora è stata la cenerentola della medicina, potrebbe anche cogliere questa grossa occasione. Con la nostra forza contraddittoria, potremmo diventare le mosche cocchiere d'una specie di rivoluzione dell'assistenza sanitaria».

Ricordi di un cambiamento

Germana Massucco

Sono entrata nel manicomio di Collegno nel settembre del 1968 come assistente sociale. L'ospedale era abitato da duemila malati e da mille infermieri circa. Tutti uomini.

Il lavoro che dovevo svolgere era andare nei reparti, parlare con i medici e fare un elenco dei pazienti che potevano essere trasferiti in strutture per anziani. Andare nei reparti significava suonare e avere due infermieri che mi accompagnavano dal medico.

Il reparto era un insieme di persone che vagavano in una condizione di ordine caotico, per odore, per voci, per il modo di muoversi, in un insieme indeterminato di figure vestite di grigio.

Lo studio medico aveva la cera per terra, c'erano bellissime piante verdi. Non avevo pensieri, avevo sensazioni di alienazione in una presenza multiforme di angoscia che mi paralizzava. Di quell'epoca ricordo un sogno.

Io ero in un hangar-stalla e gli animali erano legati alla greppia. Io ero lì, in mezzo a loro. Non ero legata, ma non potevo e non sapevo muovermi. A un certo punto grido: «Aiuto! Aiuto! Dottor Pascal!».

Perché proprio lui? Perché avevo sentito che nel suo reparto, il 12, avvenivano cose diverse. Là si facevano assemblee con il personale e con i malati, anche gravi. Si sapeva che aveva fatto un documento di denuncia della condizione dei malati, firmato da tutto il personale e inviato alla direzione degli ospedali psichiatrici torinesi (è il *Rapporto sezione 12 di Collegno* di fine ottobre 1968)¹. Si sapeva che aveva già fatto una relazione sulla condizione del reparto 3, ma che non aveva avuto risposta².

Il *Rapporto 12*, invece, ha avuto risposta: il dottor Pascal veniva convocato per un provvedimento disciplinare a suo carico. Siamo ormai nel dicembre del 1968. A Torino gli studenti di Architettura e di Medicina stavano preparando un conve-

¹ *Rapporto sezione 12 di Collegno 31 ottobre 1968 (lettura il 15 dicembre al teatrino del manicomio di Collegno)*, leggibile in <https://www.ilmargine.it/enrico-pascal-1-rapporto-sezione-12-collegno-31-ottobre-1968/> (ult. cons. 16/10/2025), tra i materiali digitalizzati nell'archivio online dedicato all'attività di Enrico Pascal: <https://www.ilmargine.it/pascal-studi-e-ricerche/>.

² *Ospedale psichiatrico di Collegno. Rapporto sulle riunioni di gruppo della sezione n. 3*: cfr. <https://www.ilmargine.it/enrico-pascal-7-rapporto-sezione-3-collegno/> (ult. cons. 16/10/2025).

gno: *È un crimine progettare un ospedale psichiatrico?* Pascal si collegò al movimento studentesco e quando l'assemblea si spostò nella facoltà di Medicina, lui partecipò, invitato dagli studenti. Con un coraggio incredibile disse: «Entro dopo 20 anni in questa aula dove non ho imparato nulla». E gli studenti? Un boato. Tutti furono dalla sua parte perché è su questo che loro discutevano. E quindi cosa fa? Legge il *Rapporto 12* agli studenti.

Gli studenti dissero «Vogliamo sapere di più sulla condizione dei malati» ed Enrico Pascal propose di continuare il dibattito nel manicomio di Collegno; gli studenti appoggiarono con forza questa proposta.

In quel contesto erano presenti al tavolo della presidenza il preside della facoltà di Medicina, il direttore di Psichiatria e il direttore degli ospedali psichiatrici di Torino, che sapevano benissimo che cosa fosse il *Rapporto 12*. Il direttore accettò la proposta di andare il giorno dopo al manicomio di Collegno.

Il giorno 15 dicembre le porte del manicomio vennero aperte ed entrarono studenti, parenti, cittadini e giornalisti. Nel teatro del manicomio di Collegno Enrico Pascal lesse nuovamente il *Rapporto 12* alla presenza di medici e di infermieri del manicomio, di studenti e di giornalisti.

La situazione dei malati era da lager.

Non avevano un luogo dove tenere le loro cose; le tasche erano l'unico ricovero privato in cui riporre i propri beni: un cucchiaino, una lettera, un uovo sodo. Mangiavano in ciotole di alluminio con il solo cucchiaino. Avevano una divisa, di taglia piccola, media o grande. Il bagno e le docce erano impraticabili.

Dopo il 15 dicembre 1968 la vita in manicomio presentava filoni di libertà. Io feci domanda di far parte dell'équipe del reparto 12. Venne accettata.

Al reparto 12 si viveva un'esperienza di comunità terapeutica; alle assemblee partecipavano i malati, gli infermieri, i medici, i parenti, i volontari. Ognuno con la propria capacità e responsabilità contribuì a costruire una realtà dinamica con la passione che portava a lottare per cambiare la situazione.

Si approfondì il significato di solidarietà e dell'alleanza profonda tra te e gli altri, perché l'ingiustizia e la condizione oppressiva penalizzava anche te e feriva la tua sensibilità.

Voglio ricordare chi ha contribuito a produrre il cambiamento: il sindacato, la politica, le associazioni dei familiari e tutti i medici e gli infermieri che hanno reso visibili le condizioni dei malati nei vari reparti.

Il sindacato: il pensiero dominante era che chiudendo il manicomio si sarebbero persi tanti posti di lavoro. Gli infermieri per essere assunti dovevano essere di sana e robusta costituzione, fare un corso interno al manicomio e ricevere un patentino valido per lavorare esclusivamente nell'ospedale psichiatrico. Ricordo un'assemblea infuocata contro il sindacato. Era presente il segretario della Camera del lavoro che, avendo ascoltato frasi come «Vogliamo restituire la tessera», rispose «Questa è una

battaglia di civiltà, dobbiamo farla, non importa se perdiamo delle tessere. È necessario riqualificare il lavoro dell'infermiere, da custode a infermiere».

La politica: nel 1972 la città di Settimo con il suo sindaco chiese di aprire un ambulatorio psichiatrico. Preparavano una casa per ospitare nove donne (di provenienza da quella parte di territorio) da dimettere dal manicomio dove avevano totalizzato, tutte insieme, duecentotré anni di internamento. La comunità terapeutica venne aperta nel 1976.

Cosa significa vivere in comunità? Riprendersi la vita. Riprendersi la responsabilità di avere una casa, di abitarla, di pulirla. Decidere che cosa mangiare, come vestire. Essere inquilina in una casa con dei vicini. Rapportarsi agli operatori visti non come custodi, ma come persone che avevano responsabilità di cura verso di loro.

La crisi che poteva manifestarsi veniva gestita in comunità, per nessuna c'è stato il ritorno in manicomio.

Nel 1976 si aprì così a Settimo Torinese la comunità di via Virgilio per persone in crisi. L'équipe viveva l'esperienza di come accompagnare, comprendere, aiutare la persona che stava male, che era angosciata, che delirava. Gli operatori non avevano alcun potere nei confronti delle persone liberamente ospitate. Le porte di casa erano sempre aperte. Nessun farmaco poteva essere somministrato all'insaputa dell'interessato o senza il suo consenso.

La comunità diventò il punto di aggregazione di giovani, tutti con gravi esperienze e situazioni di sofferenza, e con questi iniziò un percorso di ricerca tra operatori e utenti. Questa ricerca (con bando di concorso) fu finanziata dalla Regione Piemonte e il libro *Follia e ricerca* a cura di Enrico Pascal venne pubblicato nel 1991.

Oggi i manicomi non ci sono più. La lotta di Enrico Pascal, degli infermieri, dei malati contro il lager manicomiale aveva l'obiettivo di poter liberamente essere persone con le persone.

Giuseppe Biasini. Un caso di obiezione etica prima della legge 180

Mirko Capozzoli

Un pomeriggio di marzo 2005, un amico mi suggerì di leggere *Portami su quello che canta* di Alberto Papuzzi, scritto con la collaborazione di Piera Piatti, pedagoga e assistente sociale. Il volume, uscito nel 1977 – quando Papuzzi era redattore del quotidiano torinese «Gazzetta del Popolo» – raccontava una vicenda che conoscevo solo in modo frammentario¹. Non immaginavo che proprio da quelle pagine avrebbe preso avvio un percorso straordinario che mi avrebbe condotto, anni dopo, alla realizzazione del documentario *Fate la storia senza di me*².

In quelle pagine scoprii la vicenda giudiziaria dello psichiatra Giorgio Coda, accusato di aver torturato i pazienti dell'ospedale psichiatrico di Collegno e i piccoli degenti di Villa Azzurra – padiglione medico-pedagogico di Grugliasco, “annesso” del manicomio. Due luoghi a me quasi familiari: da una decina d'anni vivevo poco lontano dalle due strutture, distanti tra loro poco più di un chilometro e, talvolta, durante le passeggiate in bicicletta con alcuni amici, non era raro spingersi fin lì, curiosi e ignari. La prima, un'antica certosa risalente al Seicento, adiacente al parco pubblico oggi intitolato al generale Carlo Alberto Dalla Chiesa, aveva ormai smesso i panni dell'istituzione psichiatrica e si era trasformata in uno degli spazi più versatili della provincia: arena estiva, servizi sanitari, apprezzata location cinematografica. La seconda invece, versava nel completo abbandono. Prima che partisse la recentissima trasformazione in residenza universitaria, camminare tra gli ambienti fatiscenti di Villa Azzurra non lasciava indifferenti.

Giorgio Coda entrò all'ospedale psichiatrico di Collegno nel 1948 come medico praticante volontario nel reparto del professor Guido Treves, suo maestro, considerato un'autorità nel campo dell'elettroshock. Nel 1962, a trentotto anni, raggiunse l'apice della carriera ospedaliera, ottenendo la carica di primario. L'anno successivo ottenne la libera docenza in psichiatria presso l'Università di Torino. Dal dicembre

¹ A. Papuzzi, *Portami su quello che canta: processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977.

² *Fate la storia senza di me 1958-1991*, scritto e diretto da M. Capozzoli, Fourlab (Roma), Italia 2010, 52': https://www.fctf.it/movie_item.php?id=755; <https://www.youtube.com/watch?v=eC3727ks3pk> (ult. cons. 24/07/2025); cfr. A. Bonvicini, *Fate la storia senza di me*, a cura di M. Capozzoli, add editore, Torino 2011.

1964 al gennaio 1968 fu vicedirettore di Villa Azzurra.

Scrivo Papuzzi:

Il settore di ricerca scelto da Coda è quello delle intossicazioni, degli stati confusionali, delle psicosi provocate dall'alcool. Con alcuni colleghi collabora a studi su altre forme di malattia mentale, ma le «sue» cavie sono gli alcolisti, ricoverati in uno speciale reparto istituito a Collegno dal 1955. Per Coda è un enorme laboratorio che fornisce senza sosta il «materiale clinico» per la sperimentazione³.

Tra le pubblicazioni di Coda spicca *Osservazioni cliniche e terapeutiche sull'alcoolismo e sul trattamento degli alcoolisti*⁴, scritta insieme al dott. Giacomo Mossa, vicedirettore del manicomio di Collegno. Il metodo con cui trattava i pazienti del suo reparto consisteva nell'affiancare l'assunzione di vino a specifiche stimolazioni elettriche, definite elettromassaggi: una pratica che lo condurrà in tribunale.

Nei primi anni Duemila, a Collegno e Grugliasco, erano in pochissimi a ricordare Coda e, più in generale, ciò che era accaduto tra le mura manicomiali. Raccontare quella vicenda attraverso un film non sarebbe stato semplice: mi trovavo di fronte a un evidente fenomeno di rimozione collettiva.

In modo fortuito, riuscii a rintracciare l'ex infermiere Giuseppe Biasini, che tra il 1960 e il 1972 aveva lavorato alle dipendenze di Coda. Parlare di quegli anni gli pesava: era una ferita aperta. Mi colpirono la sua passione per il disegno e la sartoria, così come i racconti da ex militante nel Partito comunista italiano.

Il 24 novembre 1969, Biasini, insieme ad altri colleghi del Reparto 12 di Collegno, sotto la guida dello psichiatra Enrico Pascal, firmò uno dei primi documenti di contestazione del sistema manicomiale: nove pagine che ricostruiscono oltre due anni di mobilitazione con l'obiettivo – così si legge nell'introduzione – «della distruzione dell'ospedale psichiatrico tradizionale in favore di forme completamente nuove di cura ed assistenza»⁵.

Neanche un anno prima, Franco Basaglia aveva pubblicato il più influente dei suoi libri: *L'istituzione negata*⁶, che ebbe un impatto enorme sulla società italiana e sul mondo della salute mentale. Finita l'esperienza a Collegno, Biasini partecipò alla nascita di uno dei primi ambulatori esterni di Torino, in via Giovanni Paisiello.

³ A. Papuzzi, *Portami su quello che canta*, cit., p. 22.

⁴ G. Mossa, G. Coda, *Osservazioni cliniche e terapeutiche sull'alcoolismo e sul trattamento degli alcoolisti*, Minerva Medica, Torino 1959.

⁵ Équipe del Reparto 12 di Collegno, *Osservazioni e proposte per il lavoro psichiatrico di settore, in base ad una particolare esperienza di comunità terapeutica e di attività di équipe*, Collegno 24 novembre 1969, online su <https://www.ilmargine.it/enrico-pascal-10-osservazioni-e-proposte-per-il-lavoro-di-settore-24-novembre-1969/> (ult. cons. 22/07/2025).

⁶ F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.

Avevo immaginato che la storia dell'infermiere potesse costituire l'asse portante del mio film ma, prima che le riprese potessero iniziare, Biasini morì, in un'afosa mattina d'estate. Per questo motivo, non solo nel mio documentario non compare alcuna sua intervista ma scelsi anche di spostare l'attenzione su un'altra vicenda a essa legata: quella di Albertino Bonvicini. Fortunatamente però avevo registrato l'audio di una conversazione in cui Biasini, oltre ricostruire la sua esperienza, mi leggeva un documento che lui stesso aveva presentato nel 1969 durante un'assemblea pubblica alla Galleria d'Arte Moderna di Torino.

Racconta Biasini:

Varcai la soglia di un ospedale psichiatrico per la prima volta il 16 settembre del 1960, assieme ad altri quindici colleghi. Ricordo bene quel giorno perché pioveva a dirotto e, poi, a vedere queste costruzioni con finestre sbarrate, mi sembrava di trovarmi in un convento e che in quel momento tutti pregassero. Invece mi ero sbagliato. Ci venne incontro un signore molto serio, con una gran mole e una grinta da kapò. Ci fece entrare in ufficio, che seppi poi l'ufficio degli ispettori. Dopo tante parole, ci diede in consegna varie chiavi; tra di esse, una mi meravigliò tanto. Aveva un manico a mo' di impugnatura che finiva con due denti all'estremità. Questa chiave mi incuriosì così tanto che stavo chiedendo a cosa servisse ma mi interruppe la voce grossa di questo signore, che disse: «Mi raccomando a non perderle, perché sono come il fucile per un militare». E disse un'altra cosa, la più basilare: che quando si entra in una sezione si deve essere sicuri di averla chiusa. Mi sembrava un cicerone che mostra le caratteristiche di un museo.

Ci fece fare quasi il giro di tutte le sezioni. In particolare, mi colpì la sezione 9-11. Un lezzo che mi mozzò il fiato, con la maggior parte degli ammalati ammassati in un camerone che si chiamava refettorio. Faccio notare che, per chi non lo sapesse, la famosa chiave serviva a chiudere le fettucce di contenzione ai polsi o alle caviglie dei pazienti ribelli e di questa ne ho fatto uso fino al 1969 [...]. Queste sono state le mie impressioni, la mia prima visione dell'ospedale psichiatrico. Ne sono rimasto atterrito, anzi, volevo andare addirittura via. Poi un collega mi disse: «Se sei qui per la pagnotta devi chiudere gli occhi».

Quando sono entrato, ho fatto per sedici mesi il giro di tutte le sezioni: le notti da una parte, i turni di giorno in un'altra. Ero più fuori che dentro casa. Allora avevo una bambina piccola, non mi sedevo con lei in braccio perché avevo paura che cadesse. Poi mi hanno messo alla sezione 6, dove operava Giorgio Coda. Era il vicedirettore. Tante volte veniva in sezione e cercava un paziente che era stato in galera. Era un etilista, uno che beveva. Lo cercava solamente per fare la partita a dama. Io ero contento perché vinceva sempre il paziente. A lui dava fastidio. Lui si metteva sempre in risalto, voleva essere il primo della classe.

Sono stato un paio di anni lì, poi mi hanno mandato alla sezione 14. Coda stava anche alla numero 8. Alla 6 c'erano i lavoratori. Quello che facevano lì era una cosa allucinante: preparavano i pazienti e li mettevano al camerone. Immagina questa gente ad aspettare il supplizio. Per fare l'elettroshock ci vorrebbe almeno

l'anestesista, poi non dovevano avere né dentiere né rotture di arti o certe malattie. Li mettevano in fila, in quattro, cinque, sei, una volta l'hanno fatto perfino a un morto. E poi non sapevano un cazzo. Facevano delle diagnosi spaventose. E chi veniva a contestarli?

La cultura di noi infermieri era povera, quando si vedeva il medico, si vedeva il Padreterno. Ricordo un particolare. Ero alla sezione 14. Il capo mi disse: «Quando arriva il dottore gli apri la porta». Io, buono buono, appena l'ho visto gliel'ho aperta. Lui, col giornale in mano, è entrato dentro e non ha salutato. Quando è andato via, sono andato dal capo e gli ho detto: «La prossima volta ci va lei, io non ci andrò mai più». Un'altra volta il capo mi chiese di prendere le lenzuola e di portarle in bagno in modo che l'ispettore si potesse fare la doccia. Gli ho detto: «Ma questo ispettore non ha il bagno a casa sua? Come mai se lo viene a fare qua?» ... «Eh, ma tu mi chiedi troppe cose», mi rispose. «E allora ci vai tu a portare il sapone, perché io non ho mai fatto la serva ai facchini». A me non chiedevano tante cose ma per gli ammalati avrei fatto di tutto. Infatti mi hanno dato la possibilità di fare il capo sarto, perché so cucire. Io ero lì per fare il mio dovere [...]. C'era un servilismo spaventoso, con i capi, con i sottocapi. C'erano colleghi che prendevano le bocce e le mettevano in mano agli ispettori solo per attirare l'attenzione. Facevano la sfida a chi apriva prima la porta al medico. Gli lavavano le macchine, gli regalavano il cestino di funghi, il coniglio. I capelli! Entravano dentro all'ospedale per farsi i capelli. E poi, se vai a guardare, eravamo un gradino in più degli ammalati, questi poveri pazzi, un gradino in più. Cultura infermieristica zero. Poi c'erano capi o sottocapi, o anche infermieri, che prendevano questa gente e se la portavano fuori, a farsi fare i lavori a casa. L'ospedale psichiatrico, per certi versi, era il pozzo di San Patrizio, perché la gente attingeva carne, attingeva latte, attingeva pane, attingevano tutto. Non c'era nessuno che controllasse⁷.

Sul finire degli anni Sessanta, le strade di Biasini incrociarono quelle di Piera Piatti, allieva e amica di Basaglia. Piatti aveva contribuito a fondare a Torino, verso la fine del 1967, l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali (Almm), nata sull'onda dell'esperienza goriziana. Le battaglie dell'Almm contro le istituzioni psichiatriche s'intrecciarono con il clima di contestazione che attraversava le lotte studentesche.

Per spiegare cosa fosse quell'associazione, di cui allora Piera Piatti era il volto più noto, riporto le parole di uno dei suoi membri. Spiega il magistrato Giangiulio Ambrosini:

Pur operando in un campo considerato specialistico e guardato, tradizionalmente, con diffidenza spesso anche da parte della sinistra, l'Associazione ha superato lo schematismo della mera «denuncia» – momento in cui assurdamente taluno

⁷ Così Giuseppe Biasini in una discussione con l'autore registrata a Collegno, 15 aprile 2005: da qui *Biasini* (15 aprile 2005).

tende a credere si esaurisca il problema politico-sociale, per il solo fatto di averlo proposto – e ha costruito una linea che può servire come modello di intervento dei cittadini sulle istituzioni. L'Associazione è entrata in uno dei ghetti più sbarcati della nostra società, imponendo alla burocrazia e all'ottusità della struttura e dell'organizzazione manicomiale una commissione di controllo composta da cittadini di tutti i ceti e professioni, svincolata da ogni subordinazione a enti o organismi pubblici. L'esperimento ha costituito il punto di rottura di una situazione priva di sbocchi, ha dimostrato la possibilità di invertire i rapporti di forza. Infatti, l'ingresso di estranei non qualificati come periti nella materia, ma caratterizzati dalla volontà di esigere, come cittadini, il diritto alla conoscenza e alla pubblicizzazione di quanto si compie all'insegna dell'interesse della collettività, ha consentito l'acquisizione di un materiale conoscitivo senza precedenti⁸.

Per la prima volta si assisteva a un intervento sistematico imposto dall'esterno su un'istituzione chiusa come l'ospedale psichiatrico. La Commissione per la tutela dei diritti dei ricoverati avviò la propria attività l'1 ottobre 1969 e, dopo circa un anno di lavoro, rese pubblici i risultati nelle relazioni raccolte nel volume *La fabbrica della follia*, pubblicato nella «Serie politica» di Einaudi.

Nella nota introduttiva si legge:

Questo libro è una documentazione dal vivo della realtà manicomiale a Torino. Tra le altre fabbriche della cosiddetta Detroit italiana, ce n'è una – il manicomio – in cui gli «scarti» del proletariato urbano e contadino vengono convertiti, attraverso un opportuno trattamento, in pazzi ufficialmente riconosciuti, etichettati, offerti con garanzia al consumo dei sani. Questi ne trarranno la conferma della propria diversità e superiorità, alimentando dei più vili e feroci pregiudizi una forma di razzismo che arriva a separare e a opporre gli appartenenti alla stessa classe di sfruttati. Nell'interesse di chi? Questo è un libro di denuncia e di testimonianza. Il suo scopo immediato è di portare aiuto a migliaia di persone chiuse in una istituzione il cui carattere repressivo ammantato di «scientificità» le priva di ogni difesa politica e giuridica; ma tale scopo si iscrive nella prospettiva di fondo della abolizione del manicomio come carcere e delle ragioni ideologiche e politiche generali che, nell'ambito del sistema sociale dato, ne fanno una istituzione «necessaria»⁹.

In una delle assemblee pubbliche organizzate dall'Almm, alcune delle quali si svolsero alla presenza di Basaglia, Piera Piatti incontrò per la prima volta Biasini, tra i pochi membri del personale paramedico aperti al cambiamento e disposti al

⁸ G. Ambrosini, *Il controllo dei cittadini*, entro l'articolo su un dibattito organizzato dall'Almm, *Il marchio di essere stati dentro*, in «Nuova Società. Quindicinale regionale di politica, cultura e attualità», I (1973), n. 7, pp. 26-27, p. 27.

⁹ Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione Autonoma di Torino (a cura di), *La fabbrica della follia: relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971, p. 7.

confronto con la Commissione.

Fu in questo contesto che nacque il caso giudiziario di Giorgio Coda. Nell'aprile del 1968, in seguito al rapporto di Maria Repaci, assistente sociale del Centro di tutela minorile di Torino, inviato al Tribunale per i minorenni, venne alla luce la vicenda di Albertino Bonvicini, un bambino di nove anni proveniente da un orfanotrofio, la cui unica "colpa" era quella di essere vivace e di desiderare con insistenza di riabbracciare la madre, anche a costo di rischiare la vita calandosi dalle finestre. A Villa Azzurra, Albertino aveva incontrato Coda e i suoi metodi.

Nel documento si legge che

Egli, infatti, di intelligenza normale, anzi superiore alla norma, a detta dei suoi insegnanti [...], fu sottoposto a cure più ipnotiche che neurotrofiche [...]. Alberto non aveva potuto integrarsi coi compagni, per lo più gracili mentali, epilettici, caratteriali gravi, in genere di quattro anni più vecchi di lui, quindi fisicamente più forti e robusti. Frequentava infatti la terza elementare con ragazzi di 13 o 14 anni. Ribellandosi a un ambiente inadatto, veniva spesso punito con permanenza a letto, cinghiato ai polsi e alle caviglie; afferma Alberto che talvolta il castigo durava anche quattro intere giornate (ventiquattro ore su ventiquattro) e se l'infermiera «era buona» la cinghiatura era lenta [...]. Sempre secondo Alberto, durante la permanenza a letto, egli restava tutto il giorno solo; all'ora dei pasti un compagno saliva a portargli il cibo. In queste occasioni egli riferisce che tutti gli dicevano che a quattordici anni sarebbe andato in manicomio. Riferisce Alberto che il direttore dell'Istituto aveva investito alcuni ragazzi della carica di giornalista: questi avevano il compito di segnare su un foglio gli avvenimenti della giornata. Se due compagni litigavano, il loro litigio aveva l'onore della cronaca ed il direttore, per punirli, stabiliva un incontro di lotta libera, che terminava solo quando uno dei contendenti cadeva a terra, sanguinante. Alberto riferisce questi fatti con estrema obiettività, senza acredine, anzi, sembra lusingato che per la sua agilità venisse definito «Benvenuti»¹⁰.

Coda venne incriminato per il reato di abuso di mezzi di correzione il 7 settembre 1970. In seguito a questa incriminazione, l'Almm fece un nuovo esposto. Si accusava Coda di maltrattamenti e sadismo per fatti avvenuti all'ospedale psichiatrico di Collegno. L'esposto fu firmato tra gli altri anche da Piera Piatti. I due procedimenti vennero unificati nella primavera 1971.

Il 4 luglio 1974 si aprì il processo. Coda era imputato per avere maltrattato a Collegno numerosi pazienti, in genere praticando loro elettromassaggi transcranici e lombo-pubici, e per aver sottoposto numerosi bambini di Villa Azzurra a contenzioni lunghe e dolorose, facendoli legare al letto per intere giornate e intere notti,

¹⁰ Il «rapporto di cinque pagine dattiloscritte» inviato a fine aprile 1968 da Maria Repaci al presidente del Tribunale per i minorenni di Torino (agli atti è l'esposto n. 1552/67, aprile 1968) è riportato già in A. Papuzzi, *Portami su quello che canta*, cit., pp. 31-35 (qui cfr. le pp. 33-34).

e, in taluni casi, in periodo invernale, facendoli legare mani e piedi al termosifone acceso. I fatti sarebbero avvenuti a Collegno dal 1956 al 1964, a Grugliasco dal dicembre 1964.

Contro Coda testimoniarono diversi pazienti, ai quali per la prima volta venne restituita dignità, i rappresentanti dell'Almm e i membri della Commissione di tutela dei diritti dei ricoverati, tra cui Piera Piatti.

Il 10 luglio toccò a Biasini, l'ultimo testimone del processo. In aula fu il solo a deporre contro Coda: nessun altro infermiere, nessuno psichiatra, neanche tra quelli più progressisti, ebbe il coraggio di sfidarlo.

Racconta ancora Biasini:

Hanno fatto un'assemblea alla Cgil, dove era presente l'Associazione della lotta contro la malattia mentale. La Piatti chiese se c'era qualcuno che aveva lavorato alla sezione 6. Ce n'era più di qualcuno. Allora mi ha abbordato, nel senso buono, mi ha detto: «Biasini, tu cosa ne pensi se...?» E io: «Cosa ne devo pensare? Si può fare». Allora abitavo a Pianezza. Sono andato solo, solo con i miei pensieri. E non era facile. Come faceva una persona ad andare a testimoniare contro il vicedirettore di un ospedale? Chi ci va? Nessun infermiere, anche io avevo paura. Però mi sono posto il problema, su questo mi sono posto il problema. Non era un piccolino. Mi dicevano: «Stai attento perché perderai il posto».

Quando arrivava Coda era una cosa allucinante, c'era gente che scappava. Li rincorrevano. Allora si può parlare di ospedale? Mai. C'era un certo Vinassa, che stava cantando, cantava qualcosa, e allora Coda si gira e fa: «Portatemi su quello che canta, così vediamo un po' cosa canta ancora.» Perché se fai l'elettroshock il medico non dice «Non lo fai più, non lo fai più, non lo fai più...». Questa è una punizione. Allora c'è l'elettromassaggio¹¹.

Nonostante il pubblico ministero avesse richiesto l'assoluzione con formula piena per insussistenza del fatto, il 12 luglio 1974 Coda fu riconosciuto colpevole dal Tribunale di Torino per i fatti avvenuti all'ospedale psichiatrico di Collegno. Per quanto accaduto a Villa Azzurra fu invece assolto per insufficienza di prove, in quanto non fu possibile stabilire con certezza che i reati si fossero verificati durante il periodo in cui egli era responsabile della struttura¹².

I giudici ritennero credibili le testimonianze rese dai pazienti, dai membri della Commissione e da Biasini. Emersero elementi chiari a dimostrazione che gli elettromassaggi praticati non avevano finalità terapeutiche ma punitive. Basaglia telegrafò

¹¹ Biasini (15 aprile 2005), cit.

¹² Il Tribunale di Torino condannò Giorgio Coda alla reclusione per anni cinque (ne furono condonati tre), all'interdizione dai pubblici uffici, all'interdizione dalla professione medica per cinque anni (reati di cui agli artt. 81-572, I e II comma e 61 n. 9 del Codice penale). La sentenza fu depositata il 30 luglio 1974. Cfr. A. Papuzzi, *Portami su quello che canta*, cit., pp. 84-108.

da Trieste a Piera Piatti per congratularsi: «Stranamente questa volta la legge è uguale per tutti. Sei sempre la migliore allieva. Franco»¹³.

La condanna, tuttavia, non divenne esecutiva. I legali della difesa presentarono ricorso, sostenendo che, in quanto giudice onorario presso il tribunale per i minorenni, Coda non avrebbe dovuto essere giudicato dal foro torinese.

Cinque anni più tardi, il 20 giugno 1979, la Corte d'appello di Milano dichiarò di non doversi procedere nei confronti dello psichiatra, poiché i reati risultavano estinti per intervenuta prescrizione.

Pur non avendo prodotto una piena giustizia, il processo Coda rappresenta una tappa fondamentale nel percorso di riforma del sistema manicomiale italiano. Per la prima volta, infatti, il Paese fu messo di fronte – attraverso la voce diretta dei protagonisti – alla realtà di ciò che accadeva dietro le alte mura degli ospedali psichiatrici.

¹³ Il documento è conservato nell'archivio privato di chi scrive, a Torino.

Manicomio: eredità avvelenata oppure sorgente di opportunità?

Caterina Corbascio

Dedicato a Paolo Henry, mancato il 28 novembre 2025

Il 2024 è stato segnato dai molteplici eventi che hanno celebrato il centenario della nascita di Franco Basaglia, presentando nuovi modi di trattare la salute mentale a partire dalla sua visione originale. La legge 180 è stata uno spartiacque che ha fornito al Paese un modo totalmente nuovo di gestire le malattie della mente ed il sociale collegato. Queste commemorazioni sono state importanti anche perché hanno rinnovato l'interesse su un campo soltanto in parte apprezzato da istituzioni e cittadini. Importanti storici, medici e sociologi tra i più rappresentativi hanno disegnato, a distanza di quasi mezzo secolo, un quadro di alto livello sui contenuti e le diverse applicazioni della riforma. Come protagonista – in uno specifico contesto locale – della stagione successiva alla firma della riforma, mi è apparso subito chiaro che il cimento con tali personalità era per me una battaglia persa in partenza, per cultura e competenze. Allora ho cercato di sfruttare una sorta di privilegio professionale unico: appunto la possibilità di intervenire quale testimone privilegiato di alcuni momenti iniziali di una catena di eventi e di vissuti.

All'inizio della mia carriera di medico sono stata infatti partecipe della chiusura in Piemonte dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco, nell'hinterland torinese. Ho pensato quindi di ripercorrere a ritroso quegli eventi, in parte autobiografici ma determinanti per la formazione mia e di una generazione di psichiatri. Nulla di quello che avveniva allora era insegnato nel corso universitario di Medicina (lo è poco anche ora) e quanto inizialmente prospettato dal medico Basaglia ha dovuto fare i conti con abitudini, politica, mondo civile e religioso. Solo l'Università è rimasta ai bordi del campo di battaglia e non ha mancato di fischiare i falli quando c'erano. Antonio Slavich avanza un'ipotesi sull'esistenza di un nesso causale tra città di piccole o medie dimensioni e ruolo dell'accademia, che spesso ha agito da freno all'innovazione¹. Una possibilità verosimile è che il tessuto sociale più coeso di queste possa aiutare il cambiamento grazie ad un contatto più stretto e personale tra pubblici amministratori e psichiatri, dato confermato da Giuseppe A. Micheli².

¹ A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi*. Gorizia 1961, alphabeta Verlag, Merano 2018.

² G.A. Micheli, *In terra incognita. Disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis, Milano 2024.

Fortunatamente anche a Torino e dintorni c'era un mondo civile virtuoso, pronto ad accettare l'innovazione. Tale area era rappresentata da intellettuali, tecnici del campo e giuristi quali Giovanni Conso, illustre giurista e ministro, che fu consulente per la nascita della Associazione di pazienti Primavera '85, costituita a Grugliasco.

Cercherò quindi di fare una breve storia di quel mondo civile, rammemorando il lavoro di persone che hanno operato da eroi, come possono essere definiti coloro che fanno cose contro tutto e contro tutti, facilitati anche da un momento dello sviluppo del Paese che lo permetteva.

Ho iniziato a lavorare all'ospedale psichiatrico di Grugliasco nel 1983, quando era ancora funzionante. Non posso dimenticare il mio stupore di giovane medico all'arrivo all'ospedale, ancora oggi circondato da alte mura che lo separano dall'ambiente urbano. Le strutture che lo componevano non sembravano nemmeno essere state sfiorate dalla legge di riforma psichiatrica, né dai movimenti degli anni Settanta, anche se presenti in quella zona.

Vengo subito assegnata a uno dei quattro reparti ancora aperti, il famigerato B4. Reparto maschile con condizioni di igiene e vivibilità sotto i livelli di decenza. La situazione era tale che all'interno nessuno vedeva più quanto accadeva: era come essere preda di una specie di anestesia della psiche e del senso critico. Nessuno, medici o infermieri, svelava quanto succedeva lì dentro a quelli fuori.

La svolta arrivò quando all'interno dell'ospedale iniziarono a lavorare gli educatori di una cooperativa, la *Loisir*, che su indicazione di Agostino Pirella furono indirizzati ad avviare un percorso di chiusura del reparto. Questa era una delle prime esperienze di intervento di educatori in psichiatria: fino ad allora questi lavoravano solo con le persone disabili. Fu il governo Craxi, nel 1984, che improvvisamente (ma su richiesta di ospedali e altre istituzioni) formalizzò una serie di «figure atipiche» tra cui appunto quella dell'educatore professionale³. Questo fatto ebbe ricadute importanti: diventava sempre più evidente che l'intervento educativo era più efficace e più gradito di quello sanitario messo in atto da medici e infermieri. Si trattava quindi di un approccio nuovo: rispondeva alla creazione di forme inedite d'intervento integrato, che aveva a che fare anzitutto con la pedagogia, ed era distante dalla medicina⁴.

I ragazzi della Cooperativa erano diversi perché immuni dall'anestesia psichica che avvolgeva gli operatori sanitari. I loro racconti della situazione di degrado e abbandono in cui vivevano i pazienti nel manicomio arrivarono fuori, fino a un giornalista

³ Con il decreto ministeriale 10 febbraio 1984 intitolato, appunto, *Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del decreto del presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali* (pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» del 15 febbraio 1984, n. 45).

⁴ C. Castelfranchi, P. Henry, A. Pirella, *L'invenzione collettiva. Per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria tradizionale*, Gruppo Abele, Torino 1995.

di «Stampa Sera» che il 9 novembre 1983 uscì con il titolo *L'inferno del B4*⁵. A questo articolo seguì immediatamente un'indagine della magistratura che si materializzò il giorno dopo, quando al cancello dell'ospedale si presentò una altissima pretora con mantello/tabarro (anche lei, come i capo-infermieri) seguita da un nugolo di carabinieri. La pretora visitò il reparto minuziosamente e ne decretò l'inagibilità per ragioni di igiene e sicurezza e quindi la immediata chiusura, con lo sgombero dei pazienti.

Quell'evento singolo innescò una grande accelerazione del processo di superamento, che ristagnava da anni. In pochi giorni il reparto maschile venne chiuso e gli educatori della cooperativa si portarono via la grande maggioranza dei pazienti, andando a creare una delle prime comunità per disabili psichici fuori dal manicomio.

Tra le persone allora ancora ricoverate ne ricordo una, Anna Maria, per la sua storia esemplare. Lei era *contenuta*, linguaggio tecnico ancora in uso oggi, cioè legata al letto 24 ore su 24, e questo da quando, bambina, era ricoverata a Villa Azzurra negli anni Sessanta. Di notte, in occasione di certi turni di infermiere, Anna Maria veniva slegata e stava regolarmente seduta al tavolo a prendere il caffè latte, dopodiché tornava a farsi legare al letto, docile e tranquilla.

Nessuno dei medici responsabili del reparto che si erano succeduti negli anni si era posto il problema di mettere in atto un piano per slegare Anna Maria, che presentava ulcere da decubito ai polsi e alle caviglie, causate dalle cinghie di contenzione. Strano questo, ma era così. Lo fece invece Agostino Pirella, che era diventato nel frattempo coordinatore sanitario della grande Ussl di Collegno, che includeva tutte le strutture manicomiali in via di superamento. Finalmente venne realizzato un complesso (e costoso, con sei educatori dedicati) progetto di “slegamento” di Anna Maria, che era una “debole di mente” (come si diceva allora), con disturbi comportamentali, comprensibili in quanto internata fin da bambina a Villa Azzurra.

Insieme ad altre storie che per me hanno rappresentato un *imprinting* molto forte, Anna Maria mi ha preservato e messo in guardia dalle pratiche coercitive in ogni contesto lavorativo in cui mi sia trovata in seguito.

Questo è il primo degli insegnamenti del lavoro della cosiddetta *deistituzionalizzazione*. Un'informazione a latere: a tutt'oggi, in Italia, soltanto 10 sui 329 servizi psichiatrici di diagnosi e cura esistenti hanno abolito la contenzione meccanica⁶.

Il ricordo mi fa ammettere che l'ospedale psichiatrico di Grugliasco fu chiuso non certo per i nostri intenti e scarsi poteri bensì dalla magistratura, che diede l'avvio a tutta l'esperienza successiva. Il *programma* per il suo superamento, elaborato da Pa-

⁵ L'articolo di Ivano Barbiero, *L'inferno della sezione B4 nell'ospedale psichiatrico*, digitalizzato in ritaglio e a mano 10 ottobre 1983 è in https://archivi.polodel900.it/scheda/oai:polo900.it:254415_lex-ospedale-psichiatrico-di-grugliasco-1983 (ult. cons. 17/07/2025). Cfr., poi, I. Barbiero, *Sopralluogo CC nel reparto B4 di Grugliasco*, in «Stampa sera», 9 novembre 1983, p. 3.

⁶ R. Pocobello *et alii*, *No-Restraint Committed General Hospital Psychiatric Units (SPDCs) in Italy. A Descriptive Organizational Study*, in «Healthcare», 12 (2024), n. 11, 1104: <https://doi.org/10.3390/healthcare12111104> (ult. cons. 23/07/2025).

olo Henry, primario psicologo psichiatrico, cominciò così a prendere forma. Henry giungeva, in quei giorni, arricchito dalle esperienze avanzate della Val Pellice, da quella di educatore per i minori che avevano compiuto reati sino alla formazione dei dirigenti della Olivetti. Queste esperienze formavano una miscela particolare, che bene si attagliava a riabilitare i vecchi internati degli ospedali psichiatrici, una impresa ritenuta da tutti pressoché impossibile. Oltre che da doti personale, la forza della sua *leadership* era derivata anche da questa sinergia risultato di esperienze multiple e soprattutto originali.

Il *programma* elaborato allora da Henry è ancor oggi innovativo, nel senso che a distanza di più di quarant'anni si può osservare che sono poche le situazioni in cui i diritti delle persone psichiatrizzate sono rispettati. Diventò invece fin da subito una delibera della Ussl 24 di Collegno, precisamente la n. 1159 del 9 novembre 1984.

In quel contesto si trattava di operare una *demanicomializzazione* dell'intera area, restituendo diritti e dignità agli ex-internati; nel contempo si materializzava finalmente per la popolazione grugliaschese una risorsa materiale (il grande parco) e culturale (l'apertura al processo di chiusura dell'ospedale psichiatrico), finora sempre occultata dalle mura del manicomio. Queste mura ci sono ancora oggi e delimitano il parco e le strutture interne. Esse tuttavia stanno diventando un patrimonio di tutti attraverso il loro reimpiego come studentato per la vicina Università di Torino, volano per nuovi sviluppi umani e culturali.

Il *programma* prevedeva tappe sequenziali che si dovevano realizzare a breve, medio e lungo termine. In modo graduale i cambiamenti potevano così essere interiorizzati da operatori e pazienti, e perciò possibilmente realizzati al meglio.

Si sperimentava il nuovo approccio che prendeva avvio dalle persone, cioè dagli ex-degenti del manicomio, che di fatto diventavano i padroni di casa, seppure entro le mura del vecchio manicomio. Questo elemento – apparentemente solo formale – aveva coinciso con le prime riunioni e assemblee nelle 9 comunità-ospiti allora presenti nell'Area di Grugliasco, collocate negli ex-padiglioni rimasti vuoti dopo la chiusura dei reparti ospedalieri. Queste comunità erano previste come tappa per il superamento degli stessi ospedali psichiatrici dall'allora famoso «Allegato 18» del Piano socio-sanitario della Regione Piemonte, dove i due «aspetti salienti» dello «sviluppo dei servizi territoriali» e del «superamento dell'istituzione manicomiale» erano detti «intrinsecamente correlati sì che il primo è il presupposto per la realizzazione del secondo»⁷. Le comunità-ospiti erano state concepite come strutture ponte

⁷ Allegato n. 18 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-1984. *Tutela della salute mentale*, in «Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte», Supplemento speciale al n. 11, pp. 114-116: <https://www.cr.piemonte.it/arianna/dwd/leggi/L1982007/L1982007A19820401.pdf> (ult. cons. 23/07/2025). Il piano e i suoi allegati costituiscono la legge regionale n. 7 del 10 marzo 1982, consultabile su <http://arianna.cr.piemonte.it/iterlegcoordweb/dettaglio-Legge.do?urnLegge=urn:nir:regione.piemonte:legge:1982-03-10;7@2021-10-21#art1-com2>.

per promuovere il ricollocamento dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico sul territorio. Nel loro insieme, le 9 comunità-ospiti andarono a costituire l'«Area socio sanitaria di Grugliasco» prevista dal Piano. Queste strutture ospitavano 130 persone, molte di età avanzata, tutte con una lunga storia di internamento manicomiale.

Nei nostri primi incontri con gli ospiti avevamo di fatto adottato un approccio noto come «tecnica senza teoria»⁸, in cui si chiedeva semplicemente ai pazienti che cosa ritenessero fosse meglio per loro per poter uscire dalle comunità, per la loro vita, per realizzare i loro desideri. Non tutti nei primi tempi prendevano la parola ma, con l'appoggio delle loro infermiere, lentamente le persone cominciavano ad emergere dalle nebbie in cui erano state seppellite per decenni. In questo senso era importante convincere perché – come diceva Basaglia – «noi non dobbiamo vincere bensì convincere»⁹: convincere gli operatori e anche i pubblici amministratori che quel «residuo manicomiale» poteva tornare a vita nuova, possibilmente fuori dalle mura¹⁰.

Il primo risultato, quindi, è stato ottenere la voce degli internati. Questo obiettivo è stato in realtà il frutto di uno stravolgimento di abitudini cliniche e gestionali invecchiate. La vecchia visione clinica e amministrativa è stata sostituita da una gestione collettiva, che aveva coinvolto pazienti, medici, infermieri, operatori di cooperativa e anche persone al di fuori del circuito psichiatrico.

Il metodo della discussione in gruppo fece sì che si generasse una pluralità di voci, anche di coloro che dissentivano, con un confronto serrato tra punti di vista alternativi e conseguentemente soluzioni diverse ai problemi. Si trattò di risvegliare la residua capacità di reazione contro l'istituzione. Questo atteggiamento dialettico ebbe ripercussioni importanti facendo emergere i pazienti ma al tempo stesso mise in luce anche le difficoltà degli operatori nel realizzare i nuovi obiettivi concordati nel programma di superamento.

La «voce in capitolo» dei pazienti ha avviato un percorso di lettura e ricostruzione delle vite degli ex-internati, con il risultato che è stata attribuita loro una caratteristica persa da tempo, un'identità. In seguito, l'aver fornito risposte possibili e realizzabili, alle loro richieste produsse significativi miglioramenti clinici, anche in persone

⁸ G. Lai, *Le tecniche senza teoria nel servizio pubblico*, in «Psicologia Italiana», 4 (1982), n. 5, pp. 139-144.

⁹ F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000 (I ed. 1984), p. 18: così a San Paolo nel 18 giugno 1979 in risposta a una domanda sulle «difficoltà incontrate nel far sì che la società guardasse al malato mentale in modo nuovo» (in *Le tecniche psichiatriche come strumento di liberazione*, in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, cit. pp. 3-26).

¹⁰ Un lungo lavoro: cfr. per esempio il successivo promemoria per la direzione dell'Unità sanitaria locale di Grugliasco conservata, come Superamento dell'ex ospedale psichiatrico di Grugliasco (18 agosto 1995), in Fondazione Istituto piemontese «Antonio Gramsci», *Progetto «Intrecci di psichiatria di comunità. Gli archivi dei protagonisti della rivoluzione psichiatrica piemontese*, 3501.81T.

internate da decenni¹¹. È stato confermato il dato che cambiare le condizioni pratiche dell'esistenza ha valore in sé ma – non meno importante – ha effetti determinanti sui meccanismi mentali.

Accanto a questi obiettivi clinici, quegli incontri collettivi con gli operatori, anche loro considerati un residuo non riabilitabile, hanno avuto il valore di formare (anzi ri-formare) il personale addetto alla cura dei pazienti, indirizzandone in modo innovativo i comportamenti professionali. Tutti si erano convinti della possibilità di cambiare, non solo le vite dei pazienti, ma in qualche misura anche la propria.

La visione di Paolo Henry fece sì che il programma includesse altri punti qualificanti che erano strumentali al miglioramento della qualità di vita dei pazienti ex-internati: tra questi la restituzione dell'area dell'ex ospedale psichiatrico alla città di Grugliasco avrebbe contribuito a quella che veniva chiamata, anche negli atti ufficiali, la *demanicomializzazione* dell'area, intesa come «totale e irreversibile liberazione dell'Area da ogni residuo manicomiale più o meno camuffato» (così si esprime la succitata delibera n. 1159 del novembre 1984).

L'idea era che questo obiettivo avrebbe garantito quell'interscambio indispensabile per risanare tutti, cancellando laddove possibile anche il ricordo di ciò che era stato il manicomio, per i cittadini di Grugliasco e non solo per i pazienti.

La storia del superamento del manicomio perciò si intreccia inestricabilmente con la storia delle persone che abitavano quei luoghi e di cui ci siamo a lungo e intensivamente occupati. Queste hanno costruito quell'archivio di emozioni che hanno avuto peso nel determinare le mie scelte successive nel campo professionale, e non soltanto, agendo come punto di forza e sicurezza in molte circostanze contingenti.

Intanto il programma di superamento proseguiva nella sua attuazione. Le comunità-ospiti si distaccarono dall'Ussl 24, organizzandosi in autonomia per dare risposta ai bisogni di riproduzione quotidiana della vita: i pasti, le pulizie dei locali, la manutenzione ordinaria degli edifici. Questi erano i tre punti salienti delle lamentele degli ospiti. La realizzazione di queste attività apparentemente banali raggiungeva un duplice scopo: migliorava la loro qualità della vita e restituiva loro abilità precise, capacità di scelta, in una parola, potere. Questi elementi nuovi nella vita degli ex-degenti ebbero in tempi brevi effetto anche sui sintomi clinici e sulle loro speranze di cambiamento che coincidevano con la dimissione con nuova esistenza fuori dalle mura della comunità, obiettivo finale dell'intero programma.

La risposta generata per far fronte a questi nuovi bisogni degli ospiti delle comunità fu una risposta collettiva: nacque l'associazione di pazienti Primavera '85, a ricordo dell'anno della sua nascita. L'associazione contava su un gruppo di operatori d'appoggio dipendenti della cooperativa Progetto Muret, che aveva sviluppato interesse e progettualità autonoma sul tema dell'associazionismo dei pazienti, nelle

¹¹ C. Corbascio, P. Henry, *How can psychiatry survive without psychiatric hospitals?*, in «International Journal of Social Psychiatry», 40 (1994), n. 4, pp. 269-275.

sue diverse declinazioni. Si veniva così a costituire una delle prime associazioni di persone psichiatrizzate nel Paese: tra altre attività, si assunse anche il compito di fare proselitismo raccontando la propria esperienza in altri contesti nazionali e internazionali. Componenti del direttivo di Primavera '85 erano gli ospiti delle comunità che, con il sostegno degli operatori della cooperativa, affrontavano in modi nuovi problemi e bisogni della vita comunitaria, apprendendo sul campo le modalità di interazione sociale nei gruppi e singolarmente. Primavera '85 e i suoi operatori costituirono, assieme gli interventi dell'équipe sanitaria, strumenti fondamentali della riabilitazione psichiatrica degli ex-internati, da quel momento divenuti ospiti delle comunità dell'Area di Grugliasco.

Tra i membri del direttivo spiccava Aldo Consorte, che era il vero leader della associazione e che fin dai primi momenti divenne il nostro contraltare quotidiano, la nostra coscienza critica, attento a segnalare ogni nostro inciampo. Lui le chiamava «comunità-truffa», nonostante i nostri innumerevoli sforzi per seguire le sue indicazioni. Aldo riteneva che nulla potesse risarcirlo di tutti gli anni passati internato in ospedale psichiatrico¹². Oggi penso che Aldo avesse ragione. Aggiungo un dettaglio che descrive la sua forte personalità e intelligenza: nel corso di un convegno a Reggio Calabria, dove fu relatore, lo scambiarono per l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte.

Insieme ad Aldo, altri soci avevano potuto esprimere la loro personalità individuando soluzioni ai diversi problemi quotidiani. Le donne ex-internate partecipavano al gruppo «Femmine Folli», gruppo di auto-coscienza costituitosi spontaneamente che coinvolgeva pazienti, operatrici di cooperativa e anche infermiere: queste si riunivano nelle ore serali in modo di essere più libere di interagire con tranquillità e senza eccessivi controlli della componente maschile¹³. Il dato saliente era che quella occasione metteva tutte sullo stesso piano, infermiere e pazienti, accomunate dal tema comune della condizione della donna dentro e fuori dall'istituzione psichiatrica. Questi incontri avevano avuto il potere di generare fiducia e coesione, rendendo sempre più evidente il peso determinante della condizione femminile per il ricovero in manicomio, come pure l'abbandono di un figlio o il rifiuto da parte della famiglia di origine.

La seconda acquisizione sviluppata in quegli anni è stata l'approfondita conoscenza appresa *in vivo* sul funzionamento di un'istituzione, come questa si auto-organizza e si mantiene, come funziona, anche al di là delle buone intenzioni delle persone. Basaglia sapeva bene che smontare un'istituzione significa crearne di conseguenza un'altra: ma è soltanto nella critica continua, costante, nella de-costruzione e costruzione che sta una qualche possibilità di cambiamento.

¹² A. Consorte, *Vita vissuta? Saggio autobiografico di un chimico morente*, Edizioni Progest, Collegno 1990.

¹³ C. Sasso, *Diecimila lenzuola dopo*, Sonda, Milano-Torino 1992, p. 37.

A seguito di questa attività continua di critica e messa in discussione dell'istituzione è stato possibile dare ai pazienti voce in capitolo e questa è risonata in maniera esemplare nel corso delle prime assemblee organizzate per la gestione quotidiana delle comunità ospiti.

Per restituire una vita e dignità vere alle persone era necessario agire però su due fronti: quello interno all'istituzione, che andava smantellata dal basso e dall'interno con il coinvolgimento delle persone, e quello esterno, che doveva raccogliere tutte le risorse possibili per realizzare il nuovo programma di vita. Quindi era ritenuto necessario il coinvolgimento dei politici locali – Basaglia insegnava –, del Comune, dell'Agenzia del territorio per la casa e per il lavoro per i pazienti.

Il progetto era totalmente innovativo: non avevamo disponibili soluzioni, protocolli o altro. Anzi, sperimentammo fin da subito che le resistenze al cambiamento erano a tutti i livelli, tra i medici, gli infermieri e in tutto l'establishment psichiatrico; ma in modo particolare erano fortissime nell'ipertrofico apparato amministrativo di derivazione manicomiale dell'Ussl 24. Ero sempre rimasta colpita dagli immensi uffici amministrativi della sede dell'ex ospedale psichiatrico di Collegno, dove si rischiava di perdersi. L'amministrazione non voleva adattarsi alla situazione in evoluzione, anzi tentava costantemente di frapporre ostacoli burocratici di ogni genere, partendo dall'assunto che tanto si è sempre fatto così. A un certo punto siamo stati chiamati a partecipare al Maurizio Costanzo Show a seguito della denuncia di una paziente che ha svelato a tutta l'Italia che i suoi operatori non potevano più visitarla al domicilio in quanto per uscire dalla sede del servizio erano necessarie cinque firme!

A quel tempo eravamo convinti che la strategia per realizzare gli obiettivi doveva partire dal basso, convincendo non solo i pazienti che una nuova vita era possibile ma soprattutto i loro operatori. Si trattava di avviare un processo formativo continuo che permettesse d'interiorizzare i nuovi obiettivi, anche alla luce dei primi risultati positivi ottenuti. In altre parole, la sede di questa operazione erano le riunioni settimanali dell'équipe sanitaria. Qui si discutevano ed elaboravano i piani di riabilitazione per ciascun ospite, e venivano ripetuti – come fosse il catechismo – gli obiettivi del programma. Questo lavoro costante era finalizzato a mutare comportamenti professionali consolidati da decenni. L'elemento determinante per ottenere il risultato furono due condizioni tra loro correlate: da un lato la capacità di Paolo Henry d'indirizzare e sfruttare le attitudini dei singoli operatori, dall'altro il senso di appartenenza a un gruppo coalizzato a raggiungere un obiettivo quasi utopico ma, in fondo, possibile. Di nuovo, Basaglia ci guidava: riuscivamo almeno a convincere che era difficile tornare indietro.

Nei fatti il programma si realizzò sulle basi di un confronto continuo in cui pazienti e operatori stabilirono alla fine una sorta di accordo fiduciario, un patto per promuovere il cambiamento, affinché questo si tramutasse in realtà. Loro, i pa-

zienti, si accorsero subito che qualcosa stava cambiando e aderirono al programma; gli altri, infermieri e medici, seppur più gradatamente accettarono la sfida. Questa strategia condivisa dalla base diede forza al progetto e produsse il cambiamento delle condizioni di vita dei pazienti (casa fuori dal manicomio e lavoro, dove era possibile), in molti casi quella guarigione di cui allora non si faceva mai cenno. Seppi solo molti anni dopo che in altri Paesi, ma soprattutto attraverso gli studi di *follow-up* di Courtenay Harding nel Vermont, la prognosi per la malattia mentale grave si stava capovolgendo¹⁴.

Difficile una risposta univoca che ignori le emozioni provate in quegli anni, così come ancora più labile è il discorso sulla trasmissibilità di valori ed esperienze. Paolo Henry faceva riferimento alle «istruzioni al sosia» di Ivar Oddone, utilizzate negli anni '60 alla Fiat per il miglioramento delle condizioni di lavoro attraverso il coinvolgimento dei lavoratori nei processi di lavoro, intese non come semplice mansionario¹⁵. Questo approccio era stato importante nel processo di crescita culturale e di condivisione delle conoscenze che il programma aveva generato.

Questo è il terzo insegnamento: strategia dal basso, pazienti e operatori insieme per il cambiamento.

Quali le ricadute del lavoro di deistituzionalizzazione condotto allora per i servizi di salute mentale di oggi? E come queste siano sfruttabili per il miglioramento della risposta dei servizi ai bisogni attuali dei pazienti? Cerco ora di dare risposta alla mia domanda chiave: che cosa è stato trasmesso e che cosa è ancora valido per i servizi di oggi?

L'azione di Basaglia e del suo gruppo è stata un esempio: una persona e le sue équipes hanno semplicemente dimostrato che si può fare, «che l'impossibile diventa possibile»¹⁶, sottolineando il grande valore della testimonianza, la forza del messaggio pratico, in un momento in cui era apparentemente impossibile. Ma non meno importante, il gruppo di Basaglia ha avuto la cultura e l'energia per divulgare le proprie strategie e le loro basi assieme ai risultati pratici ottenuti in un momento in cui si assisteva ad un diffuso rigetto della legge 180, anche da parte dai partiti che l'avevano approvata, sostenuti dalle famiglie che temevano un ritorno a casa dei pazienti o il loro abbandono. Sono gli anni in cui si assiste a fenomeni contrapposti generati dal timore di non essere in grado di costruire, nel passaggio dal manicomio al territorio, dopo aver accompagnato gli ex-internati e senza più le mura alle spal-

¹⁴ C. Harding, *Recovery from Schizophrenia. Evidence, History, and Hope*, Oxford University Press, New York 2024.

¹⁵ I. Oddone, A. Re, P. Briante, *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*, Einaudi, Torino 1977.

¹⁶ F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, cit., p. 142. Cfr. anche F. Basaglia, *Se l'impossibile diventa possibile*, Edizioni di Comunità, Milano 2018.

le, una organizzazione su un terreno sconosciuto, nella costante contraddizione tra libertà e controllo¹⁷.

I valori disegnati da Basaglia sono trasmissibili e sfruttabili oggi?

La questione della trasmissione di valori e conoscenze è un tema assai vivo: la difficoltà di trasmettere l'azione di smontaggio e ricostruzione continua di pratiche e pensieri per la cura delle persone con sofferenza psichica è evidente. Nella mia esperienza, questo può avvenire in modo più naturale tramite un rapporto tutorio. Questo rapporto per definizione non è paritario perché è quello che si instaura tra un docente e un discente. Ambedue devono conoscere, condividere ed accettare e gli scopi del progetto. In altre parole, questo meccanismo funziona bene quando si hanno degli esempi da seguire, cioè dei *maestri*. Questo è un punto centrale che dovrebbe a mio parere ricevere adeguata attenzione da parte dei livelli alti dei servizi psichiatrici. Così come i maestri devono avere l'obiettivo di creare un gruppo, di trasferire conoscenze e consolidare pratiche a garanzia della continuità¹⁸.

Un ultimo aspetto riguarda i giovani psichiatri.

Il movimento che faceva riferimento alla riforma psichiatrica è incappato in una importante disattenzione, credendo che le nuove pratiche potessero essere seguite in automatico dalla costruzione di un nuovo sapere. Questo non è avvenuto e ciò ha permesso che l'università, al di fuori delle nuove pratiche, abbia potuto continuare a fornire le sue convenzionali conoscenze che hanno reso possibile il mantenimento di uno status quo, che si è riflesso sui servizi.

Esistono poi problemi legati ai giovani psichiatri che negli anni nostri lasciano i servizi pubblici. Per approfondire questa questione, per me assai importante, ho coinvolto alcuni giovani psichiatri e i loro direttori della Azienda sanitaria locale Città di Torino. Dalle loro interviste abbiamo raccolto idee e situazioni che possono essere alla base della attuale disaffezione dal Servizio pubblico.

Dai risultati preliminari (anche se il campione è ancora piccolo) abbiamo raccolto che i giovani psichiatri segnalano che la difficoltà principale è la solitudine in cui sono lasciati dalle organizzazioni di appartenenza. Accanto a questo tema, viene segnalata un'organizzazione poco elastica (gerarchica), oltre alla nota quanto eccessiva burocratizzazione. Un altro punto critico segnalato è costituito inoltre dalla qualità della formazione, che appare distante dall'operatività dei servizi e dall'assenza di progetti di ricerca¹⁹.

¹⁷ C. Corbascio, *Mental Health Assistance in Italy. The Torino Rehabilitation Program*, in L. Sapouna, P. Hermann (edited by), *Knowledge in Mental Health. Reclaiming the Social*, Nova Science, New York 2006, pp. 69-83.

¹⁸ C. Corbascio, *Dal manicomio alla salute mentale: il ruolo dei maestri*, in G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, ETS, Pisa 2025, pp. 21-28.

¹⁹ Un primo rapporto di questa indagine è A. Galia, C. Corbascio, *Alle radici della disaffezione: una visione di psichiatri under-40 dei Servizi di Salute Mentale Piemontesi*, in «Newsletter della Società

D'altra parte, l'organizzazione attuale dei servizi tende a prestare poca attenzione al pensiero critico, allo studio e alla possibilità di innovare o cambiare, in quanto le attività sono irreggimentate in protocolli, procedure e infine prestazioni.

Mia convinzione è che il pensiero critico debba essere sostenuto e rafforzato principalmente dai risultati derivanti da studio e ricerca. Fatto difficilmente contestabile è che l'accademia è stata finora incapace di attribuire alla ricerca un ruolo attivo da parte dei servizi di salute mentale.

Ritengo che i giovani psichiatri di oggi debbano essere esposti a stimoli ed esperienze formative diverse da quelle attuali, non solo quelle accademiche. Quindi una formazione che si realizzi attraverso un lavoro di apprendimento comune, per esempio frequentando servizi che non usano la tuttora diffusa coercizione ma che sviluppino strategie in grado di fornire a pazienti e familiari (questi ultimi molto spesso poco considerati) risposte ai bisogni reali e attuali.

Ultima parte della mia domanda è se l'esempio di Basaglia sia qualcosa di valido oggi.

La mia impressione è che dare una risposta a questo quesito sia difficile per molte ragioni. La prima è che coloro che dovrebbero dare l'esempio, cioè i maestri che evocavo sopra, manchino un po' all'appello. L'altro aspetto che può mancare è costituito dagli stessi giovani psichiatri (e anche dai non più giovani), che sono stati piallati prima da certa cultura accademica, poi da quella psicoanalitica e infine dalle regole e dall'attuale architettura dei servizi.

Può apparire un quadro negativo, come di fatto è, peraltro condiviso anche da altri settori della Sanità. Tuttavia possono esserci rimedi includenti, un investimento cospicuo sulle persone, sugli psichiatri e sulle altre figure professionali, cui devono essere prospettate possibilità di accumulare esperienze al di fuori di quelle attuali e ottenere incentivi per ampliare la loro cultura.

Per concludere, sono lieta che l'iniziativa degli storici cerchi di mettere assieme passato e futuro. Non so se collocarmi tra i cimeli o i ruderi. La mia speranza è che questi sforzi congiunti possano contribuire a colmare quel gap culturale che ho tentato di delineare. Di questo abbiamo una impellente necessità. Riprendendo ancora Basaglia, l'«abolizione dei manicomi» per alcuni è stato «uno slogan politico» e per altri un «atto di fede» ma «per chi in Italia l'ha praticata» è stata «un'esperienza che si è dimostrata possibile», anche contro molti²⁰.

italiana di epidemiologia psichiatrica», 6 novembre 2023: <https://siep.it/alle-radici-della-disaffezione-una-visione-di-psichiatri-under-40-dei-servizi-di-salute-mentale-piemontesi/> (ult. cons. 23/07/2025).

²⁰ F. Basaglia, *Il fascino discreto del manicomio*, in «la Repubblica», 16-17 settembre 1979, p. 6.

Memoria della *comunella*

Stefano Candellieri, Davide Favero

Cominceremo la nostra memoria con un cenno al “contenitore” fisico in cui si sono formati i ricordi.

Ci siamo conosciuti a metà anni Novanta all’interno dell’ex ospedale psichiatrico di San Maurizio Canavese, all’epoca denominato presidio neuropsichiatrico Fatebenefratelli. Nel passato l’ospedale era giunto a ospitare circa cinquecento pazienti psichiatrici e dopo la legge 180 era stato una di quelle strutture private senza cui i primi servizi ospedalieri di diagnosi e cura di Torino città sarebbero «collassati sotto il peso delle migliaia di richieste di intervento registrate nei mesi immediatamente successivi alla riforma» psichiatrica¹. Nel 1995, l’anno in cui ci siamo incontrati, il numero dei ricoverati del Fatebenefratelli si era già ridotto sensibilmente a circa trecento persone.

Il presidio era organizzato in quattro reparti autonomi, ciascuno dotato di una propria équipe multidisciplinare con a capo un primario, denominati Lungodegenza 1, Lungodegenza 2, Diagnosi e cura, Riabilitazione psichiatrica.

All’interno della struttura trovavano posto anche una cooperativa che si occupava di attività ergoterapiche, una palestra, un laboratorio di arteterapia, un servizio di animazione, un bar e alcuni negozi gestiti da parenti di dipendenti.

1. Davide

Ricordo perfettamente il primo giorno di lavoro: dopo essere passato all’ufficio del personale per le firme di rito, mi erano stati forniti un camice bianco e la chiave detta *comunella* di cui parleremo ampiamente in seguito; quindi ero stato inserito nel laboratorio di attività ergoterapiche per prendere contatto con gli utenti.

Indosso il camice bianco.

Una grande sala, un lungo tavolo.

Silenzio.

¹ D. Lasagno, *Oltre l’istituzione. Crisi e riforma dell’assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Torino 2012, p. 157.

Otto degenti in piedi, allineati in due file lungo i lati maggiori del rettangolo del tavolo, intenti a cooperare per lo stesso fine: imbustare un bicchiere di plastica che sarebbe stato venduto, dopo il confezionamento, ad alcuni alberghi della zona. Per inciso, la retribuzione oraria che sarebbe andata al singolo lavoratore era dell'ordine di alcune decine di lire (mi ero preso la briga di calcolarlo). Retribuzione illegittima, come facilmente intuibile, data la contemporanea condizione di ricoverati propria dei lavoratori.

La "catena di montaggio", perché di ciò si trattava, prevedeva che il primo degli otto degenti-lavoratori estraesse un bicchiere da una scatola di cartone posta a terra e lo passasse al secondo che lo infilava in una busta di nylon. Il terzo, addetto alla sigillatura, procedeva alla chiusura della busta contenente il bicchiere con una termosigillatrice. Il quarto deponeva il bicchiere di plastica appena sigillato all'interno di uno scatolone che, una volta riempito, sarebbe stato spostato per essere infine inviato a destinazione.

Nell'altra fila, stesso processo. Così per tre ore, poi pranzo.

Silenzio intervallato da qualche sporadico dialogo dei presenti con le rispettive allucinazioni uditive.

Alienazione.

Veramente sono qui?

È vero quanto vedono i miei occhi?

Fresco di studi, in cui mi ero immaginato tutt'altro, non sapevo dove collocarmi, non comprendevo quali potessero essere il mio ruolo e la mia funzione in quel contesto reale. Dopo una decina di minuti di osservazione, mi rinchiusi in bagno in preda all'angoscia cercando riparo.

Mi lavo la faccia. Senso di derealizzazione. Esco.

Lavoro con la squadra, mi invento un ruolo, ma che ruolo? Sono autonomi, io inutile.

Mi sento una guardia, un sorvegliante. Penso a Basaglia. Penso a Pirella, di cui avevo seguito appena un paio di anni prima le lezioni di Epidemiologia dei disturbi psichici e nelle cui iniziative di deistituzionalizzazione (Progetto Muret, Torino Progetto) avevo svolto le mie prime esperienze pratiche di tirocinante.

Intanto propongo il cambio ai signori che mi sembrano più affaticati, lavoro insieme a loro.

Però... Aspetta un attimo: non dovrei lavorare "con" loro; forse dovrei assisterli, pormi in modo differente... Non so... sto sbagliando qualcosa. Ho il camice. Ancora angoscia. E, dopo, rassegnazione. Sono dall'altra parte.

Oggi, a posteriori, vi sto raccontando di come fossi stato appena iniziato all'*istituzione*, ipnotizzato dall'alienazione che il campo emotivo di quel laboratorio emanava, privato del pensiero critico che pur credevo di possedere in abbondanza.

Nel giro di poche decine di minuti si erano, dunque, manifestati i "sintomi" dell'i-

stituzionalizzazione, volendo vedere quest'ultima sotto il profilo descrittivo, come già faceva nel 1959 Russell Barton: apatia, perdita di iniziativa e di progettualità, attitudine alla sottomissione.

Benvenuto! Ci sarebbero stati molti altri giorni così in seguito, ma questo era stato il primo.

Che ne era stato della *comunella* ricevuta insieme al camice?

La *comunella* si chiamava così siccome quella chiave era posseduta – sempre identica a se stessa in tutte le copie circolanti – da ogni operatore dell'ospedale psichiatrico. Era pertanto un elemento condiviso che nei fatti abbatteva le differenze tra il direttore sanitario e il lavapiatti, l'infermiere ausiliario, il primario del reparto e gli altri. La *comunella* era di tutti. Da questo punto di vista, la radice del termine evocherebbe correttamente una condizione di comunanza, l'essere "comune" a più persone. Comune. Il comune, per esempio, è un ente locale autonomo e, almeno in linea di principio, cura gli interessi e promuove lo sviluppo della popolazione che vi risiede, ossia della collettività.

Ora interroghiamoci su quale potrebbe essere l'interesse "comune" allo sviluppo dei nostri otto lavoratori nel realizzare la sigillatura dei bicchieri di plastica. La produzione? Forse il lauto profitto?

Come mi dicevano in ospedale, l'attività del laboratorio era finalizzata a occupare il tempo e funzionale al mantenimento delle residue capacità lavorative dei ricoverati.

I fini, almeno quelli espliciti, erano allora l'allenamento e l'in-trattenimento, curioso vocabolo composto dal prefisso in- e dal verbo trattenere.

Facciamo un salto in avanti di trent'anni, al 2024.

Tra le attività che svolgo in aggiunta al lavoro di psicoanalista c'è la supervisione di una decina di équipes multidisciplinari che si occupano di psichiatria nel territorio e all'interno di strutture di varia tipologia, per lo più gruppi appartamento e comunità terapeutiche, così come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale del Piemonte legato al riordino del sistema della residenzialità psichiatrica. Il documento regolatore in questione, nello specifico il suo *Allegato A* (che in nota riproduciamo parzialmente) elenca le azioni virtuose e teoricamente ineccepibili immaginate per la residenzialità psichiatrica piemontese².

² Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 84-4451, *Riforma del sistema della residenzialità psichiatrica in Piemonte. Revoca parziale delle DD.GG.RR. n. 30-1517 del 03/06/2015, n. 29-3944 del 19/09/2016, n. 14-4590 del 23/01/2017 e n. 41-6886 del 18/05/2018*: https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2022/03/attach/dgr_04451_1050_22122021.pdf (ult. cons. 28/07/2025). L'*Allegato A* (ivi, pp. 1-40), al capitolo *Riordino del sistema della residenzialità psichiatrica. Principi ispiratori* (ivi, pp. 1-2), recita:

La revisione dell'organizzazione della residenzialità va vista come un intervento non isolato, ma collocato in un contesto in cui il sistema pone al centro il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica, con l'obiettivo di ricomporre la frammentata gamma delle misure

Tra queste, particolarmente degni di attenzione – e ripresi nelle deliberazioni regionali successive³ – sono i punti in cui le linee programmatiche nazionali in materia del cosiddetto «Budget della salute» pongono in evidenza e richiamano l'importanza – tra le altre cose – del «coinvolgimento nella programmazione delle fasi di cura

e dei sostegni disponibili, integrando la gestione delle risorse diverse – economiche, di tempo, di competenza – delle istituzioni, delle famiglie, della comunità locale, dentro una logica collaborativa e abilitante. Le linee programmatiche nazionali in materia di «Budget della salute» (in fase di consultazione tra ISS e Regioni) pongono in evidenza come l'obiettivo degli interventi debba essere quello di favorire la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali, come alternativa o evoluzione dell'assistenza residenziale. In tal modo si mira a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali, creando un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato ed integrato delle risorse di entrambi. Al riguardo, è utile ricordare che gli artt. 26 e 33 del dpcm 12 gennaio 2017 indicano come livelli essenziali di assistenza (Lea) gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, al mantenimento delle abilità e al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa. Il sistema della residenzialità va quindi rivisto con l'obiettivo di favorire una progressione evolutiva dell'utente, da un setting di cure più intenso ad uno più leggero, in correlazione con lo sviluppo del percorso riabilitativo.

Tale percorso si snoda attraverso:

- una valutazione multidimensionale del bisogno al momento dell'accesso ai servizi della persona affetta da patologia psichiatrica, che coinvolga tutte le figure che hanno competenza specifica nel trattamento della stessa;
- un coinvolgimento nella programmazione delle fasi di cura dell'utente stesso, della famiglia, della comunità locale a cui lo stesso appartiene;
- la ricerca di una soluzione che garantisca il più possibile il mantenimento della rete di contatti familiari e sociali del soggetto, al fine di agevolarne il processo di risocializzazione e di reinserimento nella comunità, conciliando le esigenze di cura con la facoltà di scelta del luogo di cura;
- l'attivazione, in alternativa alla scelta residenziale, di progetti terapeutici individualizzati finalizzati a supportare l'utente al proprio domicilio (assegni di cura, borse lavoro, etc.);
- l'attivazione, all'interno delle strutture residenziali, di progetti finalizzati al potenziamento delle abilità e all'inclusione sociale che prevedano anche l'utilizzo di strumenti di inserimento lavorativo;
- il coinvolgimento con Associazioni ed Enti del terzo settore in attività di co-programmazione e co-progettazione dando anche attuazione a quanto previsto dall'art. 55 del dlgs del 3 luglio 2017 n. 117.

I principi espressi saranno declinati attraverso successivi programmi operativi, che definiranno nel dettaglio le modalità di partecipazione dei vari attori al sistema, il ruolo di ognuno, gli interventi in caso di criticità, i flussi per tracciare le attività e misurare i risultati.

Per quanto riguarda le misure a sostegno della domiciliarità dell'utente, è istituito un apposito Tavolo regionale, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, con l'obiettivo di rivedere le misure stesse, tracciare linee uniformi di utilizzo, definire in modo uniforme sul territorio regionale la gestione dell'utente sottoposto ad interdizione o tutela.

³ Cfr. per esempio l'*Allegato A* alla dgr 6 febbraio 2023, n. 9-6485: https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2023/07/attach/dgr_06485_1050_06022023.pdf (ult. cons. 28/07/2025).

dell'utente stesso, della sua famiglia, della comunità locale a cui lo stesso appartiene»; della «ricerca di una soluzione che garantisca il più possibile il mantenimento della rete di contatti familiari e sociali del soggetto, al fine di agevolarne il processo di risocializzazione e di reinserimento nella comunità»; dell'«attivazione, in alternativa alla scelta residenziale, di progetti terapeutici individualizzati finalizzati a supportare l'utente al proprio domicilio; dell'attivazione, all'interno delle strutture residenziali, di progetti finalizzati al potenziamento delle abilità e all'inclusione sociale che prevedano anche l'utilizzo di strumenti di inserimento lavorativo» (un po' come si faceva con l'imbustamento dei bicchieri).

Date queste lodevoli intenzioni è da rimarcare un dettaglio linguistico piuttosto significativo presente all'inizio del documento: «Le linee programmatiche nazionali in materia di "Budget della salute" [...]». Per essere espliciti: le azioni di trasformazione della residenzialità psichiatrica e i progetti riabilitativi individuali, «il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica»⁴, sono ispirati da una quantificazione di risorse economiche.

Che cosa possiamo aspettarci? La lingua non tradisce: può un budget essere riabilitante? O terapeutico? Può un budget essere un principio ispiratore? Purtroppo sembrerebbe, tragicamente, di sì.

Dove sono finite le anime dei Tuke, di Pinel, di Goffman, di Jones?

Nelle supervisioni gli operatori spesso discutono delle scarsissime risorse a loro disposizione che di fatto pregiudicano qualsiasi tentativo dignitoso di riabilitazione psichiatrica: sono frustrati; sentono di non fare bene il loro lavoro, il lavoro per cui sono qualificati e in cui credono; sono sommersi dalla burocrazia, altra straordinaria difesa istituzionale. Il *turn over* tra di loro è altissimo, a conferma del disagio ormai diventato strutturale che si trovano ad affrontare. È raro che da una supervisione all'altra, dopo un mese, si ritrovi la stessa équipe del mese precedente: ci sono sempre dei movimenti in uscita e carne fresca da budgettizzare.

Il lavoro riabilitativo diventa quello della custodia, non c'è spazio per altro.

Procedo con una vignetta clinica: in supervisione un operatore dell'équipe porta il caso di un utente (che chiameremo Mario), il quale periodicamente sparisce per alcuni giorni, salvo poi far rientro in comunità.

L'operatore è molto preoccupato per le possibili conseguenze legali della mancata «custodia» e per l'eventuale sanzione disciplinare che teme potrebbe venirgli comminata a causa di negligenze a suo carico.

Il gruppo sembra essere sulla stessa linea: si riflette, tra il serio e il faceto, sull'opportunità di dotare il fuggitivo seriale di un gps in modo tale da poterlo localizzare prontamente e poter stare più tranquilli. La discussione procede fino a quando – intervenendo – chiedo all'operatore in questione se ritenesse dunque necessario un

⁴ Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 84-4451, *Riforma del sistema della residenzialità psichiatrica in Piemonte*, cit., *Allegato A*, pp. 1-2.

maggior controllo verso Mario, tenuto conto delle fantasie circolanti nel gruppo su un dispositivo di localizzazione: «Certo», mi risponde.

A seguito di ciò ho cercato di riportare l'équipe a contatto con un possibile significato della fuga periodica di Mario, cioè con il suo tentativo di riguadagnare, sia pur solo per qualche giorno, la libertà di cittadino, di essere-nel-mondo, fuggendo dalla morsa alienante dell'istituzione.

Istituzione, avete capito bene: giacché tristemente, a dispetto della rivoluzione felice della legge 180, la psichiatria pre-basagliana è stata ormai restaurata, cambiando forma ma non sostanza.

La vignetta clinica mostra bene, secondo noi, l'esistenza di un assetto istituzionale inconsapevole nella mente degli operatori che – loro malgrado – colludono con le richieste implicite della società di custodire il “folle” e non lasciarlo circolare libero. Purtroppo accade talvolta che la psichiatria territoriale venga allertata da cittadini e/o altre istituzioni affinché alcuni pazienti psichiatrici che circolano nelle città vengano recuperati e riportati *intra moenia*.

Che cosa ci sarebbe di meglio per raggiungere l'obiettivo proibito della custodia del “folle” di tagliare i fondi per i progetti e al contempo burocratizzare la mente degli operatori?

I nuovi manicomi, esempio di restaurazione post-rivoluzionaria, sono pizzicati, dunque, tra la sempiterna necessità sociale di custodia e separazione del “folle” dal “sano” e le risorse economiche carenti, con conseguente svilimento dei professionisti impegnati nella salute mentale che diventano loro malgrado collusi con il sistema: il tutto inscritto in una dimensione urbana impreparata a riaccogliere e integrare chi soffre di significative problematiche psichiche.

Non dimentichiamo che il “folle” è stato rinchiuso solo in tempi relativamente recenti nei manicomi, come ricorda Foucault. Fino al XVIII secolo era ben integrato nel tessuto sociale urbano, aveva la sua collocazione, in tensione tra coscienza critica e coscienza tragica.

Torniamo ancora alla *comunella*:

La *comunella*, sul piano strettamente grammaticale, richiama un diminutivo o un vezzeggiativo, nel caso specifico usati in senso antifrastico: essa rappresentava infatti la divisione, la presenza unilaterale del potere di una parte del mondo manicomiale rispetto all'altra, sancendo con nettezza la separazione tra sani e malati, tra liberi e in-trattenuti. Era qualcosa di comune a una parte e non all'altra.

Anche la marca semantica del termine *comunella* suggerisce un'intesa tra pochi, spesso con fini loschi, a discapito degli esclusi.

Straordinario mezzo difensivo, e non di meno aggressivo, la *comunella* si poteva usare *al bisogno* – per dirla con il lessico tanto caro alla psichiatria – durante le giornate di lavoro, tutte le volte che lo si ritenesse necessario.

Eh sì, perché non deve essere troppo semplice varcare quel confine che fa molto comodo utilizzare nel distinguere i “sani” di mente da quelli che “sani” non lo sono.

Sul piano ontologico la *comunella* era una semplice chiave *passepourtout* che permetteva di richiudere alle proprie spalle i passaggi tra ambienti diversi dell’ospedale psichiatrico, respingendo dall’altro lato della porta, con risolutezza, qualsiasi richiesta di relazione interpersonale dei ricoverati.

La *comunella* era il simbolo della chiusura manicomiale, il simbolo del confinamento *intra moenia* del disagio mentale.

Va ricordato come in Piemonte il Fatebenefratelli fosse riconosciuto per essere un centro di eccellenza per il trattamento, la cura e la riabilitazione psichiatrica; e credo ancora oggi che la reputazione di cui godeva fosse in larga misura meritata, catena di montaggio a parte.

Infatti, non sono in discussione la buona fede, l’impegno e la preparazione professionale degli operatori nel loro generoso tentativo di dialogare e trattare con la salute mentale dei ricoverati e di promuovere una efficace riabilitazione psichiatrica; nel 1995 eravamo molto lontani dai manicomi così come erano stati prima della riforma. Quanto invece non era cambiato affatto era la condizione “istituzionalizzata” inconscia interna all’organizzazione, condizione che poi trovava uno sbocco – come abbiamo potuto vedere – nei comportamenti istituzionalizzati e istituzionalizzanti degli operatori psichiatrici stessi, senza distinzioni di ruolo.

Un altro ricordo ci aiuterà in questa operazione di decodifica dell’istituzione inconscia presente nella psiche degli operatori.

2. Stefano

Io iniziai a lavorare al Fatebenefratelli nel 1993, due anni prima di Davide. In quel periodo la sanità era sostanzialmente ancora quella inaugurata dalla rivoluzionaria legge 833 del dicembre 1978, una sanità che intrecciava vecchi modi di pensare e vecchie logiche di potere con l’entusiasmo derivante dal tramonto del sistema delle cosiddette “mutue” e, in psichiatria, con l’entusiasmo legato al superamento degli ospedali psichiatrici. Nessuno si rendeva ancora conto di quello che, pochi mesi prima, il 30 dicembre 1992, era ormai stato avviato dal decreto legislativo 502, sotto l’infausto Ministero della sanità nella gestione De Lorenzo, poco dopo travolto da Tangentopoli: le Unità socio-sanitarie locali sarebbero state rapidamente trasformate in aziende sanitarie avviando di fatto quel lungo processo di aziendalizzazione e di presunta razionalizzazione della spesa sanitaria che sta di fatto lentamente portando al progressivo drammatico smantellamento del Sistema sanitario nazionale, così come abbiamo già anticipato in precedenza a proposito della *budgettizzazione* della residenzialità psichiatrica.

In quei primi anni Novanta, quindi, quell’entusiasmo sempre più raro nella nostra

Sanità di oggi era ancora palpabile e fu con questo spirito che cominciai a lavorare in una struttura all'avanguardia, dove si praticava attivamente una riabilitazione psichiatrica di qualità. Eppure anche in quella struttura moderna si trovava curiosamente – curiosamente per me giovane medico – un reparto di lungodegenza psichiatrica, con qualche decina di ricoverati che di fatto vivevano stabilmente all'interno della struttura. Si trattava di pazienti *ex lege* 180, che non avendo più famiglie e reti sociali alla dimissione dal manicomio avvenuta nel corso degli anni Ottanta, continuavano a essere a tutti gli effetti internati, sebbene in una struttura non più “manicomiale” in senso stretto.

Era forse per questo motivo che all'interno di un piccolo ospedale all'avanguardia, con molti giovani – medici, psicologi, educatori e infermieri – e con attività formative continue, sopravvivevano, nascosti, antichi riti istituzionali. Fu solo lentamente che ne misi a fuoco uno, formalmente del tutto innocuo. Un giorno, entrando nella stanza degli infermieri proprio del reparto di lungodegenza psichiatrica, trovai il capo-sala, un giovane e capace infermiere mio coetaneo, intento a lavare nel lavandino con grande dispendio di acqua e sapone, il proprio mazzo di chiavi ospedaliere, comprendente la famosa *comunella*.

Che cosa stava facendo?

In effetti in tutta la mia vita non mi era mai capitato di vedere qualcuno lavare un mazzo di chiavi e rimasi stupito: soltanto molti anni più tardi, all'epoca del primo lockdown contro l'epidemia di Sars-Cov-2, mi sarebbe poi di nuovo accaduto – peraltro come a tutti – di assistere a complessi rituali di lavaggio. Chiesi dunque con curiosità al capo-sala come mai lavasse le chiavi, convinto che fosse legato a un fattore contingente: magari gli si erano accidentalmente sporcate di materiale organico; poteva essersi rotta una provetta di sangue appoggiata vicino alle chiavi o qualcosa del genere. Con mia sorpresa mi rispose che lo faceva tutti i giorni e che lo aveva imparato dai vecchi infermieri psichiatrici, diversi dei quali avevano lavorato in manicomio. La mia sorpresa non poteva che ingrandirsi, considerato il fatto che il reparto di lungodegenza non era certo un reparto di malattie infettive o di chirurgia, tale da richiedere una simile precauzione. Anzi. Il reparto di lungodegenza era più simile a una comunità che a un reparto ospedaliero.

Smisi lì per lì di pensarci ma quando ogni giorno rivedevo lui e molti altri infermieri e infermiere ripetere la stessa operazione, del tutto insensata con quella frequenza, non potei fare a meno di interrogarmi sul perché di quella che era tecnicamente una singolare coazione a ripetere. Pensai innanzitutto che il mazzo di chiavi, tra l'altro appunto contenente la “chiave del potere”, cioè la *comunella*, era ciò – come diceva sopra Davide – che distingueva in modo netto lo staff dai ricoverati, molto più della divisa; chi poteva aprire l'immaginario cancello cantato nel 1973 da Giorgio Gaber:

Noi siamo sani, noi siamo sani, noi siamo normali
Noi che sappiamo di contare sul cervello
Siamo sicuri, siamo forti, siamo interi
E noi dall'altra parte del cancello⁵.

«[d]all'altra parte del cancello» che divide in una sorta di invisibile giorno del giudizio i sani dai malati, i salvati dai sommersi. Ebbene, chi ha le chiavi per aprirlo è *ipso facto* sano: le chiavi come singolare riduzione metonimica della salute mentale. Quella tra sani e malati è una distinzione fondamentale ma mai sufficientemente ribadita: l'angoscia di essere matti, di essere psichicamente malati, è un archetipo universale che in un luogo di ricovero psichiatrico non può che essere quotidianamente risvegliato.

E allora – pensai –, possedere una divisa, avere le chiavi che consentono di andare ovunque e quindi anche di uscire nel mondo di fuori presunto sano, impegnarsi in tutti quei rituali, come le riunioni di équipe o il caffè tra operatori o il giro di reparto, diventano un potente antidoto contro questa angoscia tanto sottile quanto costantemente presente. Ma pensai che evidentemente fosse un antidoto che non bastava e dunque la paura, in termini junghiani, dell'infezione psichica non riusciva a essere del tutto debellata neppure con queste complesse coreografie.

Mi parve così di comprendere che il lavaggio delle chiavi costituisse un rituale ulteriore di difesa dalla paura dell'infezione psichica: un vero e proprio rituale controfobico di fine giornata per neutralizzare la paura di portarsela a casa, la follia. Disagio psichico che peraltro, ovviamente incurante di queste difese, continuava a manifestarsi come un invisibile fantasma, ad esempio nella forma degli psicofarmaci che quotidianamente sparivano dagli armadi dei medicinali e che certamente non erano sottratti dai degenti.

Partendo da questa memoria condivisa, dalla nostra personale esperienza di deistituzionalizzazione, dobbiamo certamente recuperare gli esiti felici di tale processo, e sono molti, ma non possiamo mancare di segnalare le nuove istituzioni totali contemporanee, spesso attive sotto mentite spoglie: non sono solo i nuovi manicomi frammentati in piccole unità operative, come abbiamo visto. Purtroppo, a nostro avviso, il campo manicomiale oggi si estende ben oltre i confini fisici degli spazi di “cura”.

Ne parleremo ancora.

⁵ G. Gaber, *Dall'altra parte del cancello*, in *Far finta di essere sani*, Carosello 1973: «Ho visto un uomo matto/ è impressionante come possa fare effetto/ un uomo solo abbandonato dimenticato/ dietro le sbarre sempre chiuse di un cancello».

II. TRA MANICOMIALITÀ, MANICOMIALITÀ ATTENUATA, DEISTITUZIONALIZZAZIONE (E NEOMANICOMIALITÀ)

Le regole della follia. Vicende dell'istituzione manicomiale nelle aule di giustizia

Ernesto De Cristofaro

L'uso della libertà minaccia da tutte le parti i poteri tradizionali, le autorità costituite. L'uso della libertà che tende a fare di qualsiasi cittadino un giudice [...]. Il popolo è minorenne, la città è malata. Ad altri spetta il compito di curare e di educare. A noi, il dovere di reprimere¹.

1. Premessa: la funzione dello spazio asilare

Alla fine del 1961, dopo aver speso una decina d'anni presso la cattedra di Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Padova, Franco Basaglia varca la soglia del manicomio provinciale di Gorizia del quale ha assunto la direzione. Lo spettacolo che si trova di fronte è raccapricciante: nei reparti stazionavano «più di 600 corpi infagottati in tela, grigi e rapati [...] in prevalenza a letto, alcuni legati, nei due reparti B agitati molti erano *contenuti* a letto nelle celle»; negli spazi aperti capitava di vedere degenti ingabbiati, alcuni «legati agli alberi, i più stesi per terra lungo i muri o sulle panche di pietra, o ambulanti in moto perpetuo e senza meta»².

Il manicomio si presenta come un grande deposito o, più esattamente, come una desolata discarica di persone abbandonate alla propria fragilità, fissate nella ripetizione di gesti senza scopo, prive di qualsivoglia speranza di miglioramento. Sin dai primi mesi successivi al suo arrivo Basaglia prova a smuovere le acque stagnanti del luogo in cui opera, osservando che la vita da reclusi che gli internati vi conducono è, essa stessa, generatrice di solitudine (pur nell'innegabile promiscuità), disagio e alienazione. Si tratta, allora, di abbandonare ogni costrizione fisica, di non legare o mettere sottochiave più nessuno, di favorire il più possibile la libertà di spostarsi abbattendo muri, cancellate, recinzioni. Ma si tratta anche, ed è quanto avviene in tempi più distesi dal 1962 al 1967, di restituire alla soggettività dei pazienti la pos-

¹ Così «il dottore», interpretato da Gian Maria Volontè, in *Indagine su un cittadino al di sopra di ogni sospetto* (Elio Petri, Ugo Pirro, 1970).

² A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, alphabeta Verlag, Merano 2018, p. 33 (corsivo nel testo originale).

sibilità di affacciarsi al mondo prendendo parte ad assemblee, esprimendo bisogni e desideri, collocandosi su una linea orizzontale di dialogo con i medici e gli infermieri e, in sostanza, partecipando a un processo terapeutico condiviso la cui prima caratteristica è il riconoscimento della pari dignità di ognuno.

Per misurare la distanza esistente tra quanto Basaglia e il gruppo delle persone che collaborano con lui vanno facendo a Gorizia dal clima culturale generale e dagli orientamenti prevalenti in questo campo in quegli anni è utile riferirsi a due convegni tenutisi nel 1964.

Il primo è il convegno nazionale di psichiatria sociale che si svolge a Bologna dal 24 al 26 aprile. L'idea che occupa le relazioni, raccolte in seguito sotto l'impegnativo titolo *Processo al manicomio*, è che alcune modifiche debbano essere apportate al sistema dell'assistenza psichiatrica così come regolata dalla legge 36 del 1904. In particolare, che si debba eliminare l'obbligo di iscrizione dei ricoverati nei manicomi al casellario giudiziario e che si debba favorire la creazione di strutture di dimensioni più ridotte e tali da permettere un rapporto effettivo di presa in carico dei malati da parte dei medici; infine, che si debbano favorire più sistematiche forme di raccordo tra gli ospedali e i territori in modo da assecondare la prevenzione e altresì la risocializzazione dei malati in caso di dimissioni. Tuttavia, al netto di questi positivi propositi, in alcune delle relazioni principali l'istituzione manicomiale viene vigorosamente difesa³.

È il caso dell'intervento di Giorgio Padovani, direttore dell'ospedale psichiatrico di Genova, che sottolinea come l'ospedale psichiatrico debba restare il baricentro dell'assistenza in quanto luogo fondamentale per lo studio clinico delle patologie mentali e per l'attuazione delle relative cure. «L'ospedale psichiatrico», afferma Padovani, «è *un ambiente di per se stesso curativo*, in virtù delle norme che ne regolano la vita [...]. Disconosce la realtà delle cose chi afferma che l'ospedale psichiatrico moderno è alienante»⁴. Non meno perentoria la posizione espressa dal procuratore generale presso la Cassazione De Mattia, il quale, pur riconoscendo che gli ospedali psichiatrici non dovrebbero somigliare a prigioni, sottolinea che la funzione di tali istituti non è solo terapeutica. C'è la questione della cura individuale ma, al tempo stesso, bisogna difendere la società. «Se la malattia può recare danno ad altri, oltre che alla persona che ne soffre, questa deve curarsi e se la cura è inutile si deve intervenire per la difesa degli altri»⁵. Non si può, in altri termini, fare una riflessione sulla libertà individuale trascurando la questione della pericolosità.

³ M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane*, Leonardo, Roma 1964.

⁴ G. Padovani, *L'evoluzione dell'ospedale psichiatrico*, in M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio*, cit., pp. 35-41, pp. 36-37 (corsivo nel testo originale).

⁵ Intervento di De Mattia (senza nome di battesimo), in *Tavola rotonda sulla riforma della legislazione dell'assistenza psichiatrica*, in M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio*, cit., pp. 354-360, p. 356.

Per tutte queste ragioni, si comprende come Roberto Vighi, presidente dell'Unione regionale delle province emiliane che ha promosso l'iniziativa, possa dire nel suo saluto introduttivo che sia la legge sull'assistenza psichiatrica del 1904 sia il suo regolamento attuativo del 1909, entrambi figli dell'ideologia custodialistica di fine Ottocento, contengano anche norme «che consentono quella che potremmo definire la liberalizzazione dell'assistenza e della terapia, talché [...] i più valorosi direttori di ospedali psichiatrici hanno superato i confini di un'antiquata ortodossia»⁶. Ben altrimenti, e con più esplicita radicalità, si esprime sui medesimi temi Franco Basaglia. Tra il 17 e il 22 agosto 1964, Basaglia prende parte al primo congresso internazionale di psichiatria sociale che si tiene a Londra. La sua relazione, intitolata *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, ha una evidente ispirazione demolitrice verso la prassi clinica dominante. Egli afferma che lo spazio del manicomio, nato in origine per rendere inoffensivo e curare il malato, è presto divenuto la cornice del totale annientamento della sua individualità: «nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto»⁷.

Questo avviene perché l'internamento trasforma la persona in una rotella inanimata del funzionamento della struttura, senza alcuna possibilità progettuale, senza spazi di autodeterminazione, compressa da tempi giornalieri che si articolano su modalità organizzative indifferenti alle esigenze del singolo.

Isolato, segregato, reso inoffensivo dalle mura che lo rinchiodano, il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra un animale docile e inoffensivo ed una bestia pericolosa, sempre finché si consideri la malattia come un male irreparabile contro cui non c'è niente da fare se non difendersene⁸.

Di fronte a queste dinamiche, aprire delle porte, offrire ai malati l'esperienza di uno spazio non più presidiato da divieti e confini invalicabili rappresenta il primo passo perché essi si rendano conto che, finalmente, chi li assiste «non vive più nel culto del pessimismo di cui la società sembra ancora impregnata»⁹. Naturalmente, questo processo non è privo di rischi perché chi scopre la possibilità di vivere una vita appena più gratificante, può, occasionalmente, manifestare un'aggressività che veicola la frustrazione dell'essere ancora considerato un diverso. La violenza può,

⁶ R. Vighi, *Presentazione del convegno*, in M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio*, cit., pp. 3-6, p. 5.

⁷ F. Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»* (1964), in F. Basaglia, *Scritti*, vol. I, 1953-1968. *Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1981, pp. 249-258, p. 250.

⁸ *Ivi*, p. 251.

⁹ *Ivi*, p. 256.

dunque, non essere manifestazione sintomatica della patologia ma, al contrario, espressione di una graduale presa di distanza da essa.

In definitiva, si fronteggiano a metà degli anni sessanta due modelli epistemologici e pratici: il primo, ancorato all'idea positivistica per cui il malato è un soggetto «pericoloso a sé o ad altri o di pubblico scandalo» in accordo al testo dell'articolo 1 della legge 36 del 1904; il secondo che, invece, rappresenta il malato come un individuo sofferente del quale occorre prendersi cura e la sua possibile pericolosità come un aspetto parziale della sua condotta, non identificativo né ontologicamente dissimile da quella di chiunque altro.

2. *Folli pericolosi: il caso Miklus*

Tra il 1967 e il 1968 Basaglia e il gruppo di colleghi che, lavorando con lui a Gorizia, stanno sollecitando il mondo accademico e ospedaliero della psichiatria italiana iniziano a tirare le prime somme e a raccogliere da parte della stampa e della pubblica opinione un'attenzione più partecipe e bendisposta. Vengono pubblicati due libri che documentano il lavoro collettivo fatto negli anni precedenti: *Che cos'è la psichiatria* nel 1967 e *L'istituzione negata* nel 1968, entrambi curati da Basaglia ma scritti con la partecipazione di medici, infermieri e degenti dell'ospedale (dei quali si trascrivono le opinioni espresse nel corso di un'assemblea). In particolare, il secondo viene ripetutamente ristampato e diventa uno dei testi di riferimento dei movimenti del sessantotto per la sua critica dell'autorità, il suo anti-dogmatismo, la sua opera di smascheramento della violenza che si annida in diversi luoghi della società, dalla scuola all'ospedale, dalla fabbrica al carcere, e che viene esercitata da chi gestisce tali apparati e vi detiene un potere. Scrive in proposito Basaglia:

Famiglia, scuola, università, ospedale sono istituzioni basate sulla netta divisione dei ruoli [...] la suddivisione dei ruoli è *il rapporto di sopraffazione e di violenza fra potere e non potere, che si tramuta nell'esclusione da parte del potere, del non potere*: la violenza e l'esclusione sono alla base di ogni rapporto che si instauri nella società¹⁰.

Ma, nonostante le prime timide aperture legislative¹¹, l'impatto dei libri e l'effetto

¹⁰ F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 111-151, p. 115 (corsivo nel testo originale).

¹¹ Il 18 marzo 1968 viene promulgata la legge 431 (una delle cosiddette "leggi Mariotti", dal nome del ministro della Sanità Luigi Mariotti), che traduce compromissoriamente alcune delle idee circolate negli anni precedenti, a Gorizia come, più in sordina, al convegno di Bologna. La legge introduce la procedura di ricovero volontario nei manicomi (articolo 4) e dispone (articolo 11) la soppressione dell'iscrizione degli internamenti nel casellario giudiziario secondo il comma 2 dell'articolo 604 del Codice di procedura penale.

legittimante che la diffusione delle loro idee ha sul gruppo dei goriziani, il nesso follia-pericolosità rimane fortemente radicato presso gli ambienti più conservatori della pubblica opinione e delle istituzioni. Tra i colleghi di Basaglia, che spesso colgono nella critica al manicomio anche la possibile erosione del loro potere, non pochi giudicano l'esperienza di Gorizia utopistica e velleitaria. C'è, e Basaglia lo coglie nitidamente, il rischio che si verifichi un incidente, che un ricoverato uscito in permesso possa farsi male o fare del male a qualcuno e che questo, alimentando le paure delle collettività, comprometta i risultati del lavoro svolto fin lì. Il 28 marzo del 1968 Franco e Franca Basaglia scrivono un testo intitolato *Il problema dell'incidente*, che viene aggiunto in appendice alla seconda edizione dell'*Istituzione negata* pubblicata poche settimane più tardi. Si tratta di una riflessione di poche ma densissime pagine, articolata su alcuni essenziali punti.

Anzitutto, osservano gli autori, la scelta della violenza non può essere separata dalla percezione che il malato ha dell'invivibilità della propria vita. L'istituzione, oggettivandolo e stigmatizzandolo, insegna al malato a vivere la libertà solo nella forma dell'auto- o dell'etero-distruzione. La scelta della morte appare, dunque, una «protesta al grado di oggettivazione in cui si è ridotti»¹². Inoltre, paradossalmente, la sola responsabilità che l'istituzione manicomiale concede all'internato è quella dell'incidente. «Il ricoverato che, durante la lunga degenza, si è trovato spogliato e deresponsabilizzato in ogni suo movimento, si ritrova completamente e automaticamente responsabile di fronte al suo unico atto di libertà»¹³. Ma, conclusivamente, viene posta una domanda sulla natura sociale della responsabilità che chiama in causa il modo in cui una persona che ritorni al mondo viene trattata da coloro che dovrebbero agevolarne il reinserimento:

Un malato che può venire dimesso e che si trova rifiutato dalla famiglia, dal posto di lavoro, dagli amici, da una realtà che lo respinge violentemente come *uomo di troppo*, che cosa può fare se non uccidersi o uccidere chiunque abbia per lui la faccia della violenza di cui è oggetto? In questo processo chi può, onestamente, parlare solo di malattia¹⁴?

Queste domande risuonano con forza a distanza di pochi mesi, in occasione di un omicidio commesso da un paziente ricoverato a Gorizia. Il 26 settembre del 1968 Alberto Miklus, durante un permesso giornaliero, uccide la moglie Milena Kristan-cic colpendola ripetutamente alla testa¹⁵. Miklus era stato ricoverato sin dal 1951

¹² F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Il problema dell'incidente*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, cit., pp. 362-369, p. 365.

¹³ *Ivi*, p. 366.

¹⁴ *Ivi*, pp. 368-369 (corsivo nel testo originale).

¹⁵ L'arma utilizzata viene alternativamente indicata come «ascia» o «martello» nelle diverse fonti che riferiscono l'episodio. Nel *biopic* su Basaglia *C'era una volta la città dei matti* (Marco Turco, 2010)

e da anni manifestava un delirio a tema persecutorio che investiva i suoi familiari, colpevoli, secondo lui, di averlo recluso. Durante la direzione di Basaglia aveva preso parte ad attività comuni e mantenuto un contegno tranquillo. Tre anni prima dell'omicidio, nel dicembre 1965, accompagnato da Antonio Slavich, uno dei primi "goriziani", si era già recato a casa sua. Il buon esito di questo incontro aveva suggerito la possibilità di ripeterlo. Ma quando lo staff medico prende questa decisione, la mattina stessa dell'omicidio, Basaglia è assente perché impegnato in altra attività e il provvedimento viene firmato dal primario più anziano in sede: Vittorio Alì.

Nonostante tali fatti risultino da evidenze documentali, Basaglia e Slavich vengono incriminati insieme per cooperazione colposa in omicidio. In particolare, per non avere adeguatamente valutato le condizioni cliniche del paziente all'atto della dimissione temporanea e per non avere dato comunicazione di tale iniziativa all'autorità di pubblica sicurezza¹⁶. Altri elementi lasciano supporre che la conduzione di tale inchiesta fosse stata concepita come una sorta di resa dei conti degli ambienti più regressivi del potere nei confronti di Basaglia. L'istruttoria si protrae per circa tre anni e il proscioglimento di Basaglia, sebbene determinato da circostanze note sin da subito, non avviene che nel 1971; delle deposizioni raccolte se ne valorizzano alcune a scapito di altre che, seppure solide, sono meno funzionali alle prospettazioni accusatorie; altri medici presenti la mattina delle dimissioni di Miklus vengono sentiti solo il giorno del processo. Nel ricordo di Slavich il procuratore di Gorizia voleva sopra ogni cosa «incriminare Basaglia e i suoi metodi terapeutici bolscevichi e pericolosi»¹⁷.

La sentenza del giudice istruttore viene emessa il 21 maggio 1971. Essa proscioglie Basaglia, ma rinvia a giudizio Antonio Slavich. In dibattimento emerge che il parere espresso da quest'ultimo sulla dimissione temporanea di Miklus era privo di valore eziologico, riposando la scelta interamente sulla persona del direttore facente funzioni Alì. Quest'ultimo l'aveva assunta senza nessun esame, «come atto di mera routine»¹⁸. La sentenza viene resa l'8 febbraio 1972, dopo due giorni di udienze e

la sequenza è sensibilmente alterata perché la morte è conseguenza di una caduta della moglie dopo una spinta del marito. Si vedano J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014, p. 156; O. Pivetta, *Franco Basaglia il dottore dei matti. La biografia*, Baldini&Castoldi, Milano 2018, p. 208; A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi*, cit., p. 224; E. Bucaccio, K. Colja, A. Sermoneta, M. Turco, *C'era una volta la città dei matti. Un film di Marco Turco dal soggetto alla sceneggiatura*, alphabeta Verlag, Merano 2011, p. 316.

¹⁶ Dagli atti giudiziari emerge la severa riprovazione delle prassi mediche adottate a Gorizia, in particolare quanto all'applicazione dell'articolo 66 del regolamento esecutivo della legge 36/1904 (regio decreto 615/1909) che recita: «Il direttore può, in via di esperimento, consegnare alla famiglia l'alienato che abbia raggiunto un tale grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio, avvisando contemporaneamente il procuratore [...] presso il Tribunale nella cui giurisdizione ha sede il manicomio, l'autorità di pubblica sicurezza e il sindaco del Comune cui appartiene».

¹⁷ A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi*, cit., p. 225.

¹⁸ E. Venturini, D. Casagrande, L. Toresini, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello*

pochi minuti di camera di consiglio, e assolve Slavich con la formula «per non aver commesso il fatto». Nel frattempo Ali era deceduto e, dunque, nessuna conseguenza sarebbe ricaduta su di lui. La formula assolutoria adottata, in ogni caso, dichiarava indirettamente che un fatto era stato commesso e che esso costituiva reato. Ma che non poteva essere ascritto all'imputato Slavich al quale era stato contestato¹⁹.

3. I casi Savarin e Michelazzi Trani

I contraccolpi politici e mediatici del caso Miklus, ampiamente sfruttato da coloro che avrebbero voluto ricavarne l'affossamento dell'esperienza intellettuale e gestionale di Franco Basaglia, un effetto lo determinano: l'incrinarsi dei rapporti tra il territorio di Gorizia e il gruppo dei basagliani e la fine della direzione del manicomio provinciale da parte di Basaglia. Le polemiche che accompagnano questa vicenda, spesso alimentate col non dichiarato intento di travolgere il percorso di critica alle pratiche oppressive dell'istituzione clinica, non si sono ancora placate quando un altro fatto di tenore simile investe Franco Basaglia, nel frattempo divenuto direttore a Trieste. Il 14 febbraio 1972, Giordano Savarin viene dimesso dall'ospedale psichiatrico di Trieste e affidato alla madre, che riceve nota della terapia farmacologica da osservare per trattare la sindrome delirante del figlio. Della dimissione viene data comunicazione agli organi di polizia e al Centro di igiene mentale della provincia di Trieste. Il 10 giugno 1972, Savarin uccide i genitori colpendoli con un coltello.

La magistratura di Trieste procede nei confronti di Basaglia per aver dimesso con imprudenza Savarin e nei confronti di Edoardo De Michelini, medico del Centro di igiene mentale, per non aver svolto adeguatamente i compiti di vigilanza e supporto assegnati alla sua struttura durante il periodo trascorso da Savarin presso la residenza della famiglia. L'iter del processo ricalca, in parte, quanto avvenuto nel caso Miklus.

Anche qui per Basaglia si profila, in tempi assai più brevi, la possibilità di venirne fuori ma la richiesta di proscioglimento formulata dal giudice istruttore viene impugnata dal Pubblico ministero e la sezione istruttoria della Corte d'appello dispone il rinvio a giudizio. In dibattimento, Basaglia ricorda che Savarin era stato dimesso in altre occasioni e il fatto che la madre fosse analfabeta non le aveva impedito di occuparsi di lui, tra l'altro dandogli i farmaci prescritti. De Michelini si difende, invece, affermando di non essere stato informato della dimissione di Savarin e di essersi trovato fuori da Trieste per ferie nella data del duplice omicidio. Il tribunale

psichiatra e la imputabilità del paziente, FrancoAngeli, Milano 2010, p. 224.

¹⁹ Alberto Miklus, dichiarato in istruttoria incapace di intendere e volere, era stato, secondo l'articolo 222 del Codice penale, affidato al manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a cinque anni.

esamina separatamente le due posizioni riconoscendo, sulla base di una perizia, che alla data delle dimissioni Savarin non era pericoloso e che, in ogni modo, oggetto di accertamento non era stabilire se la dimissione di Savarin era stata eseguita «nel quadro delle nuove concezioni della psichiatria e della funzione dei manicomi di cui il dottor Basaglia s'è fatto tenace e contestato assertore»²⁰ ma, al riparo da siffatte questioni ideologiche, verificare il semplice rispetto delle regole vigenti.

Dunque, una volta appurato che Basaglia aveva ottemperato agli obblighi di legge valutando attentamente le condizioni di salute di Savarin e dando comunicazione della procedura attivata al Centro di igiene mentale, ogni nesso di causalità tra la sua condotta e l'azione omicida del paziente veniva ad interrompersi. Altra posizione quella di De Michelini, sul quale il Tribunale accerta molti fatti indicativi di una condotta negligente durante i mesi trascorsi da Savarin fuori dal manicomio. In particolare, la sua mancata comparizione a una visita di controllo calendarizzata per l'11 aprile del 1972 avrebbe dovuto mettere in allarme il Centro e avrebbe dovuto sollecitare De Michelini, che aveva già conosciuto questo paziente, a «prendere contatto diretto con l'alienato al fine di controllare non solo l'assunzione degli psicofarmaci prescritti ma anche il suo stato di non pericolosità»²¹. Per tali ragioni, il 25 novembre 1975, accogliendo parzialmente le richieste della pubblica accusa (che erano condanna a dieci mesi per Basaglia e otto per De Michelini) il tribunale assolve Basaglia con la formula «perché il fatto non sussiste» e condanna De Michelini per cooperazione colposa in omicidio alla pena di un anno e quattro mesi, riconoscendogli i benefici di legge²².

Facendo un bilancio di quanto era avvenuto negli anni triestini nel corso di una conversazione con Ernesto Venturini, che compare nel 1979 in un volume a più voci, Basaglia così si esprime sul tema del controllo esercitato sui manicomi da soggettività esterne:

[...] si innescavano processi che l'appoggio politico poteva «gestire» fino a un certo punto. Si veniva sempre più svelando, ad esempio, la logica del controllo al di fuori delle mura del manicomio. La giustizia si sentiva messa a nudo e non poteva tollerare che il diverso diventasse solo un emarginato e non fosse invece il matto. La magistratura voleva tenere ben salda la divisione nello specifico e decideva di colpirci subito. Diverso era stato invece il suo atteggiamento a Gorizia: lì aveva cominciato ad attaccarci solo dopo dieci anni, forse perché non era ancora chiaro il gioco che facevamo e forse perché sembrava che ci limitassimo solo a denunciare l'ideologizzazione della psichiatria. A Trieste l'impatto con il sociale è stato imme-

²⁰ E. Venturini, D. Casagrande, L. Toresini, *Il folle reato*, cit., p. 228

²¹ *Ivi*, p. 232.

²² Con sentenza d'Appello pronunciata il 28 aprile 1977, De Michelini viene assolto per insufficienza di prove. Il 13 aprile 1978 la Corte di cassazione ribadisce l'assoluzione con la formula «perché il fatto non costituisce reato».

diato e diretto è stato l'attacco della magistratura²³.

Probabilmente il pensiero di Basaglia va alle numerose inchieste nate in quegli anni anche per fatti di minore gravità (l'uso di contraccettivi in ospedale, il prezzo di acquisto delle lenzuola, il riconoscimento ai pazienti dello *status* di ricoverati volontari) ma tutti capaci di generare scontri impegnativi²⁴. Di sicuro, la vicenda giudiziaria che per più tempo e con implicazioni più problematiche coinvolge il personale dell'ospedale, anche se non direttamente Basaglia, è legata al nome di Maria Letizia Michelazzi Trani. Il 26 giugno 1977 Maria Letizia, ventisettenne con una storia clinica travagliata e un episodio di tentato suicidio, si rivolge all'ospedale psichiatrico San Giovanni chiedendo di essere ricoverata. I medici di guardia, Lorenzo Toresini e Vincenzo Pastore, non danno seguito alla richiesta. Tre giorni dopo, la donna uccide il figlio di quattro anni annegandolo nella vasca da bagno. Ai medici viene contestato di aver concorso a cagionare la morte del bambino non accogliendo la richiesta di assistenza della madre.

Ma, per quanto un eventuale ricovero avrebbe certamente evitato la morte del bambino nelle circostanze di tempo e luogo in cui essa si era verificata e per quanto si potesse, astrattamente, ritenere che una persona con un equilibrio psichico compromesso avrebbe potuto compiere un gesto di quel tipo, dal dibattito emerge che, durante il colloquio con Maria Letizia, Toresini e Pastore avevano considerato di farle seguire un programma terapeutico presso il suo domicilio. Dalla relazione peritale ordinata dal Tribunale emerge, altresì, che l'approccio degli imputati era stato tecnicamente corretto e che, stando alla letteratura sulle psicosi fobico-ossessive, assai difficilmente si sarebbe potuto verificare un passaggio da fantasie aggressive ad atti violenti. Pertanto, il Tribunale conclude che «non sembra possibile individuare con tecnico rigore nel supposto comportamento dei sanitari quella negligenza ed imprudenza loro alquanto vagamente contestate nel capo di imputazione»²⁵.

Il primo novembre 1980 Toresini e Pastore vengono assolti con la formula «perché il fatto non costituisce reato» ma due anni più tardi, in parziale riforma della prima sentenza, la Corte d'appello di Trieste pronuncia sentenza di assoluzione per insufficienza di prove e nel 1996, a quasi vent'anni dai fatti, la Cassazione conferma la seconda sentenza ribadendo che gli elementi a carico degli imputati in ordine alla

²³ E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979, pp. 213-214. Sull'attenzione della magistratura, o dei settori più reazionari di essa, verso il lavoro che si va facendo nei manicomi in quegli anni sono utili anche i ricordi di P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Nuovi equilibri-Stampa alternativa, Viterbo 2007 (I ed. 1980), p. 137, e – in riferimento a quanto avviene al basagliano (ed ex-goriziano) Agostino Pirella, direttore del manicomio di Arezzo – C. Pesce, *Pratiche di liberazione. Il manicomio di Arezzo negli anni di Agostino Pirella (1971-1978)*, Pacini, Pisa 2023, pp. 188-193.

²⁴ Cfr. J. Foot, *op. cit.*, p. 264.

²⁵ E. Venturini, D. Casagrande, L. Toresini, *Il folle reato*, cit., p. 237.

prevedibilità dell'evento omicidiario erano equivalenti a quelli che indicavano un loro esonero da responsabilità. L'assoluzione con formula dubitativa viene, pertanto, accompagnata dalla condanna al pagamento delle spese di giudizio.

A proposito di questo processo, Lorenzo Toresini ricorda che in primo grado il Pubblico ministero aveva cercato di far deporre contro i medici l'imputata di omicidio, nel frattempo dichiarata inferma di mente e internata presso il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Questo avvenne in ossequio a una prassi processuale in voga in quegli anni – i primi del così detto “pentitismo” –, tesa a valorizzare lo strumento della chiamata in correità. Ma senza rendersi conto di stare «assimilando in tal modo la riforma psichiatrica a un movimento di stampo terrorista o mafioso»²⁶.

Troppi i pregiudizi culturali e le resistenze contro il movimento anti-istituzionale perché essi non affiorassero ad ogni possibile occasione e in ogni possibile contesto. In definitiva, si era cambiato bersaglio ma le tecniche già utilizzate in passato tornavano a funzionare.

La magistratura, una volta verificato di non essere in grado di colpire il vertice del movimento di riforma della psichiatria, nella persona del suo leader carismatico, Franco Basaglia, con i grandi processi alla sua persona degli anni settanta, cercava di attaccare i suoi sottoposti. E ciò allo scopo dichiarato di stroncare il movimento, sospetto di dare insufficienti garanzie di contenimento della devianza sociale non immediatamente suscettibile tout court di repressione, quale la follia o il cosiddetto disturbo di personalità²⁷.

4. Difendere i malati dal manicomio

Negli stessi anni in cui alcuni uffici giudiziari promuovono procedimenti contro quelli che per parte della società italiana sono gli effetti caotici e incontrollabili dell'allentamento del rigore repressivo nelle strutture psichiatriche, a Torino, Giorgio Coda, medico noto e stimato, viene processato per i maltrattamenti inflitti agli internati delle strutture presso cui lavora (o ha lavorato). I primi passi formali verso l'incriminazione penale di Coda li compie l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali (Almm) sorta a Torino nel 1967 sull'onda dell'esperienza goriziana.

Tra le più rilevanti iniziative di questa associazione vi è la pubblicazione, nel 1971, di un volume-dossier intitolato *La fabbrica della follia* in cui vengono documentati, attraverso le testimonianze di ex-degenti, infermieri, parenti, i trattamenti vessatori

²⁶ L. Toresini (a cura di), *La testa tagliata. Figlicidio e leucotomia: un processo storico a due psichiatri riformatori*, alphabeta Verlag, Merano 2001, p. 74.

²⁷ *Ibidem*.

e violenti utilizzati contro numerosi pazienti del manicomio di Collegno²⁸. In realtà, Coda è già entrato nell'orbita della giustizia penale perché nel 1968 un assistente sociale indirizza al Tribunale per i minorenni di Torino un esposto su quanto avviene presso l'istituto medico-psico-pedagogico di Villa Azzurra a Grugliasco: bambini legati ai letti, incontri di lotta organizzati per sedare liti tra degenti, un uso continuo e massiccio di scariche elettriche per punire i più irrequieti o anche solo quelli che di notte non trattengono la pipì. Giorgio Coda dirige Villa azzurra dal 1964 al 1968, successivamente passa come vice-direttore al manicomio di Collegno.

Nel luglio 1970, il settimanale «L'Espresso» pubblica la celebre foto, scattata da Mauro Vallinoto, di una bambina nuda legata mani e piedi al letto e nei giorni seguenti, numerosi quotidiani riferiscono di indagini avviate sulla struttura di Grugliasco. Il 14 dicembre 1970, l'Almm sottopone all'ufficio istruzione del Tribunale di Torino la documentazione raccolta sull'attività di Coda e nella primavera del 1971, nei suoi confronti, viene aperto un fascicolo per il reato di maltrattamenti aggravati ai sensi dell'articolo 572 del Codice penale. Coda viene interrogato dal giudice istruttore due volte: nel marzo 1972 e nell'aprile 1973. Nel secondo di questi interrogatori, a proposito dell'uso di scariche elettriche sui malati, egli afferma:

Le applicazioni di elettroshock a bassa intensità per il loro carattere doloroso potevano essere interpretate come punitive, mentre in realtà non lo erano affatto perché avevano lo scopo di modificare i comportamenti anormali e in special modo violenti²⁹.

Nessun collega di Coda depone contro di lui e qualcuno interviene per sostenere l'utilità terapeutica dei suoi metodi. Un solo infermiere rende dichiarazioni contro l'imputato e conferma quanto emerso dalle testimonianze raccolte tra i malati, ovvero che le scariche elettriche venivano usate a fini intimidatori e punitivi, che questo tipo di trattamenti era estremamente doloroso, che veniva usato indiscriminatamente nei confronti di persone che avevano profili diagnostici del tutto diversi tra loro.

Il processo sembra, comunque, avviarsi verso una conclusione serena, giacché persino il pubblico ministero, oltre la difesa, chiede l'assoluzione di Coda. Invece, l'11 luglio 1974 il Tribunale emette sentenza di condanna a cinque anni di reclusione per maltrattamenti per quanto avvenuto a Collegno (sul periodo trascorso a Villa Azzurra, per il quale pendeva su di lui una contestazione di abuso dei mezzi

²⁸ Cfr. Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione di Torino (a cura di), *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971; Su questa linea di analisi, sono importanti anche B. Guidetti Serra, F. Santanera (a cura di), *Il paese dei celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, Torino 1973, e A. Gaino, *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*, Gruppo Abele, Torino 2017.

²⁹ La trascrizione parziale dell'interrogatorio è riportata in A. Papuzzi, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977, p. 54.

di correzione, giunge l'assoluzione motivata dall'impossibilità di stabilire con certezza quali dei fatti dedotti in giudizio fossero ascrivibili al periodo nel quale egli vi aveva lavorato). Uno dei nodi affrontati dalla sentenza³⁰ riguarda l'attendibilità dei malati che avevano deposto. La difesa dell'imputato aveva evidenziato che molte delle persone ascoltate erano affette, secondo le rispettive cartelle cliniche, da deliri persecutori, sindromi dissociative, psicosi alcoliche.

Ma il Tribunale giunge a conclusioni differenti osservando che i testimoni avevano riferito dati molto precisi e circostanziati legati a vissuti personali e non a narrazioni stereotipate; molti fatti riferiti trovavano riscontro nelle cartelle cliniche dei degenti; in particolare, dalle cartelle si poteva dedurre l'arbitrarietà e la natura puramente sadica dei trattamenti eseguiti dall'imputato poiché essi venivano utilizzati nei confronti di persone con malattie differenti e senza alcun previo esame.

Nel prosieguo di questa vicenda, Coda trova il modo di sottrarsi alla condanna attraverso un'eccezione di incompetenza territoriale che allunga i tempi e gli assicura l'approdo alla prescrizione³¹. Ma, al di là di questo, il processo rappresenta una pagina di grande valore simbolico. Esso afferma l'idea che non vi sono zone franche rispetto alla legge e, soprattutto, che la legge esiste per difendere, non per opprimere, le persone più fragili. Ma afferma anche che non vi è fragilità tale da inficiare la dignità e il diritto all'ascolto di ogni persona, che nessuna malattia può trasformare un uomo in uno scarto sociale.

³⁰ Il testo della quale è interamente leggibile in appendice a R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 232-243.

³¹ Nel 1977 rimane vittima di un ferimento da parte di un gruppo terroristico elevatosi a vendicatore dei torti che egli aveva commesso. Sul punto, S. Caselli, D. Valentini, *Anni spietati. Torino racconta violenza e terrorismo*, Laterza, Roma-Bari 2011, pp. 114-116. Alcuni passaggi del processo a Coda sono narrati nel film di M.T. Giordana, *La meglio gioventù* (2003).

L'istituzione affermata ovvero la resistibile ascesa della medicalizzazione in psichiatria

Fabrizio Gambini

Il titolo che ho a lungo covato per questo scritto, prima di decidermi ad operare un taglio e ad affermare, fin dal titolo, il radicamento dell'istituzione come mediazione inapparente, era *A macchia di leopardo*.

Sembra essere destino di questo Paese che le cose dello Stato vengano fatte a macchia di leopardo. È una vecchia storia. L'immagine della macchia di leopardo è invalsa per definire l'applicazione della riforma psichiatrica del 1978, come mappata a metà anni Ottanta¹. Ma già la prima legge unitaria sulla «custodia e cura degli alienati», la n. 36 del 1904, aveva a ben vedere riprodotto un panorama eterogeneo, ereditato da un ancora più lontano passato.

Quella legge, che istituì un manicomio pubblico in ogni provincia italiana senza comunque nulla innovare nelle «disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri» (ma attribuendo quella per il loro trasporto ai comuni dove si trovavano al momento della constatazione dell'«alienazione»), sancì infine l'affermazione della psichiatria italiana, ovvero della freniatria, all'interno degli istituti². In manicomio si eseguirono da allora, ai sensi della legge in diverse forme ma di fatto soprattutto attraverso provvedimento prefettizio, ovvero per motivi di sicurezza pubblica, i ricoveri dei pazienti che vi accedevano in «osservazione». L'osservazione poteva prolungarsi per quanto ritenuto necessario dal direttore medico e poi dar seguito a una dimissione o a un internamento che molto spesso, e per molte ragioni, si rivelava definitivo.

Già quella legge fu per molti versi applicata a macchia di leopardo rispetto alle diverse possibilità e opportunità politiche locali. Amministrazioni provinciali «virtuose» o più prospere crearono infatti il proprio manicomio; altre si consorziarono con manicomi pubblici di altre province; in molte realtà sono restati operativi manicomi privati con i quali le singole province si sono consorziate; altre province

¹ R. Frisanco (a cura di), *Il dopo 180: primo bilancio di una riforma. Ricerca promossa dalla Direzione generale ospedali del Ministero della Sanità*, T.E.R., Roma 1989.

² Legge 14 febbraio 1904, n. 36. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*: https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/Legge_14_febbraio_1904.pdf (ult. cons. 28/07/2025).

ancora si sono consorziate con manicomi privati di altre province distanti talvolta centinaia e centinaia di chilometri.

Non è storia lontana, una specie di preistoria della psichiatria; è tutto ancora appena dietro l'angolo, o almeno abbastanza vicino perché io stesso abbia potuto toccarlo con mano.

Nel 1974 ho messo piede per la prima volta in un ospedale psichiatrico. Facevo il secondo anno di Medicina e Chirurgia e sono entrato come studente volontario. L'ospedale era quello provinciale di Napoli Leonardo Bianchi, dove lavorava Sergio Piro, direttore di una delle due unità cliniche. L'altra era diretta dal professor Giuseppe Lavitola.

In precedenza, Piro aveva diretto l'ospedale psichiatrico privato Materdomini di Nocera Inferiore. Erano stati gli anni dal 1959 al 1969 e, proprio alla fine degli anni Sessanta, Sergio aveva dato inizio a un esperimento di psichiatria alternativa costituendo la seconda comunità terapeutica in Italia dopo l'esperienza condotta a Gorizia da Franco Basaglia³. Avevo 21 anni e davanti a me vedevo l'alba di un giorno che non sarebbe tramontato. Al contrario, stavo assistendo alla fine del paternalismo, del colonialismo, del postcolonialismo e, più in generale, della prevaricazione dell'uomo sull'uomo. Lo vedevo certamente dal mio angolo ma la fine della segregazione della follia era la fine di ogni esclusione: donne, neri, omosessuali (ma oggi si direbbe comunità lgbtqi+), Terzo Mondo e, ovviamente, folli. Era nella liberazione delle minoranze e degli oppressi che intravedevo la mia liberazione ed era nella partecipazione, nella pratica concreta dei movimenti di liberazione, che si compiva il cammino verso l'avvenire. I dannati della Terra⁴ non sarebbero più stati tali. La posizione di Fanon, riferita *in primis* all'Algeria occupata dalla Francia, era certo radicale: in un contesto di dominio totale una cura è una forma di prosecuzione del dominio stesso. Da qui le sue celeberrime dimissioni dal ruolo di psichiatra⁵. In Italia non era di questo che si trattava, ma quel prefisso, *anti-*, che si anteponeva alle pratiche di liberazione in psichiatria era lì per qualcosa. Dalla Francia (Castel, Guattari e, in parte, Foucault), alla Germania (Dörner, Wulff), all'Inghilterra

³ Fondazione Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze umane, *Sergio Piro e la comunità terapeutica di Materdomini*: <https://www.archivissima.it/2022/oggetti/1969-sergio-piro-e-la-comunita-terapeutica-di-mater-domini> (ult. cons. 28/07/2025).

⁴ F. Fanon, *Les damnés de la terre*, Maspero, Paris 1961 (trad. it. di C. Cignetti, *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 1962).

⁵ Della seconda metà del 1956 è la lettera al ministro residente governatore generale dell'Algeria con cui Franz Fanon rassegnò le dimissioni da direttore dell'ospedale psichiatrico di Blida-Joinville: «La mia decisione è di non conservare ad ogni costo una responsabilità, col falso pretesto che non c'è altro da fare»: F. Fanon, *Pour la Révolution africaine*, Maspero, Paris 1964 (trad. it., *Opere scelte*, a cura di G. Pirelli, 2 voll., *Acculturazione e cultura nazionale, medicina, colonialismo, guerra di liberazione, sociologia di una rivoluzione*, vol. I, Feltrinelli, Milano 1971, p. 106).

(Laing, Cooper, Esterson), agli Stati Uniti (Goffman, Szasz), fino all'Italia era tutto un liberarsi liberando o un liberare liberandosi, come preferite⁶

Per interrogare oggi tutta questa nostra storia, mi è stato chiesto di fornire delle parole chiave che stimolino e orientino il dibattito, organizzato attorno al funzionamento *outside* dell'istituzione psichiatrica. La prima parola chiave che propongo è permanenza, o reistituzionalizzazione permanente o rivoluzione, intesa non come cambiamento radicale ed epocale, bensì come rivoluzione di un pianeta attorno al sole: il permanere di un'orbita stabile che, ciclicamente, ci riporta al punto di partenza facendoci percorrere, se non proprio un'ellissi, almeno un'eterna spirale. Una seconda parola che intendo introdurre è totalità e, legata a questa – vedrete subito perché –, una terza parola: trasparenza.

Non si tratterà però della mia esperienza diretta di reduce; piuttosto, vorrei provare a percorrere con voi un'altra strada che – credo o almeno spero –, liberandomi dalla strada troppo stretta e troppo delineata dal ricordo, mi porterà ad esplorare le ragioni di un'istituzionalizzazione delle pratiche psichiatriche che, ovviamente, non sono più “totali” nel senso di Goffman, ripreso da Basaglia⁷, ma che sono tuttavia restate o, meglio, divenute totalizzanti in un modo, secondo un percorso, che non mi aspettavo e che, pur avvenendo momento per momento, appena percettibilmente e sotto i miei occhi, ha comunque finito per sorprendermi.

L'esito è quello di una totalità inapparente; inapparente proprio in quanto totale.

È una totalità diversa da quella di Goffman che prevedeva isole concentrazionarie, luoghi di deportazione e di segregazione: *asylums*, come recita il titolo del suo celeberrimo saggio. Se qualcosa possiamo dire delle isole concentrazionarie alla Goffman è che erano evidenti; in un certo senso perfino fatte per essere visibili. Nell'analisi di Foucault i lebbrosari si svuotano e gli ospedali, nel senso prima di tutto di ospizi, di *hospitaux generaux*, di *workhouses* e, poi, di prigioni e di manicomi, si riempiono. Luoghi visibili, addirittura visitabili, dove l'esibizione della non-ragione, della sragione, fa da contraltare al nascere e all'affermarsi della ragione e dell'etica borghese. È questa la tesi di Foucault⁸, che ricorda come tra la prima e la

⁶ Anche solo il titolo di un piccolo importante libro di Piro è evocativo di tutta la faccenda: S. Piro, *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano 1971.

⁷ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Introduzione*, in E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City (N.Y.) 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino 1968 pp. 7-21); F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.

⁸ Per quel che riguarda in particolare la follia come luogo della sragione cfr. M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Puf, Paris 1963 (trad. it. di A. Fontana, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino 1969), e M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961 (trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1963). Vedi anche: G. Zilboorg, G.W. Henry, *A History of Medical Psychology*, Norton & Company, New York 1941 (trad. it. di M. Edwards,

terza crociata siano nati in Europa circa quattromila lebbrosari, ovvero luoghi già concentrazionari, la cui nascita ha accompagnato la nascente capacità organizzativa e il controllo del territorio ad opera dello Stato. In precedenza, esistevano piuttosto isole razionali, ordinate, come il castello, la città, il villaggio o il monastero; isole di ordine feudale o monastico inserite in un contesto di fatto lasciato a sé stesso, non normato. Dunque, un'inversione radicale: dalle isole razionali in un mare di non-ragione, alle isole di non-ragione in un mare ordinato e razionale. Questa, in sostanza, era la tesi di Foucault; tesi che ha fatto scuola e che è stata ampiamente condivisa, non solo rispetto alla follia in senso stretto ma rispetto al progetto monumentale di costruzione di un'intera archeologia del sapere.

A mio modo di vedere la condivisione, spesso implicitamente e acriticamente assunta, di questa tesi è stata una delle condizioni che hanno decretato la fine prematura del lavoro di deistituzionalizzazione in psichiatria. Provo a spiegarmi meglio.

Le condizioni alle quali penso sono sostanzialmente due o, meglio, sono di due ordini. Il primo ordine riguarda la visibilità dell'istituzione e nell'istituzione: non solo il suo essere *panopticon* ma il suo essere visibile dall'esterno come muro di cinta, come costruzione massiccia, come castello, monastero, certosa, carcere o manicomio. Da questo punto di vista la sua diffusione è sembrata coincidere con la sua scomparsa. Il primo ambulatorio (un centro di salute mentale) nel quale ho lavorato è stato quello di via San Massimo a Collegno: un appartamento anonimo, perfettamente inserito nel contesto abitativo. Ugualmente anonimi e ben inseriti nei vari contesti abitativi erano gli appartamenti dove vivevano pazienti dimessi dal manicomio, da soli, in coppia o in piccoli gruppi.

Il secondo ordine di condizioni riguarda qualcosa che è più difficile da definire ma al quale ci si può forse avvicinare partendo da una visione non foucaultiana della follia. La non-ragione non definisce la ragione borghese in un rapporto circolare col quale affermando si nega e negando si afferma: la ragione che, escludendo ciò che è altro da sé, definisce sé stessa. Piuttosto a me pare che ragione e non-ragione, la ragione cosciente che afferma sé stessa e la ragione altra, che non nega la prima ma piuttosto la sottende, convivano nell'uomo impastate tra loro, come gli ingredienti di una polpetta.

I due ordini di fattori comportano, ognuno per proprio conto e poi assieme, nel loro reciproco influenzarsi, delle conseguenze operative e cliniche.

Storia della psichiatria, Feltrinelli, Milano 1963); K. Dörner, *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main 1969 (trad. it. di F. Giacanelli, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari 1975); R. Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Les Éditions de Minuit, Paris 1976 (trad. it. di G. Procacci, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980); U. Levra (a cura di), *La scienza e la colpa. Crimini, criminali, criminologi: un volto dell'Ottocento*, Electa, Milano 1985; J. Garrabé, *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, Paris 1992 (trad. it. di M. Alessandrini, *Storia della schizofrenia*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2001).

Partiamo dal primo ordine di fattori: la visibilità istituzionale. Adesso non sono lontano dal pensare che, con la deistituzionalizzazione, sia successo qualcosa come se i dinosauri, invece di scomparire, fossero diventati trasparenti: uno si trova mangiato da un tirannosauro o schiacciato da un brachiosauro senza neanche sapere cosa gli è successo. Le istituzioni psichiatriche non sono scomparse: sono diventate trasparenti; il che ci porta a dover fare molta attenzione a non venirne inconsapevolmente sopraffatti.

Ricordo un paziente, un signore mite, di una sessantina d'anni. Incredibilmente, vista l'immagine che conservo di lui, si era trovato a fare il pugile semiprofessionista e aveva perfino militato nella Legione straniera: una vita che se non fosse stata terribile sarebbe stata avventurosa. Una vita finita, arenata, spiaggiata nel manicomio di Collegno. Diligentemente, correttamente gli abbiamo trovato un piccolo appartamento in un alloggio popolare di Collegno e lì, dimesso dal manicomio, egli si è trasferito. Un giorno lo incontro e mi dice: «dottore, non potrei tornare in manicomio? La mattina devo venire a lavorare in motorino e fa un freddo boia. Quando per le scale incontro una mamma col bambino, vedo che la mamma tira a sé il bambino; nessuno mi rivolge la parola. Per parlare con qualcuno devo tornare qui, in manicomio. Che senso ha?». Non ricordo esattamente cosa gli ho detto, ma non penso di essere andato molto oltre una generica difesa d'ufficio della deistituzionalizzazione. Intendiamoci, non penso che il rientro o la mancata uscita dal manicomio sarebbe stata una soluzione. Anzi. Penso però di non aver saputo dare risposte fattuali concrete che non riproducessero i meccanismi benintenzionati del mantenimento dell'esclusione: cene di Natale fatte due giorni prima del giorno canonico e gite in bassa stagione in alberghi semideserti.

Una sera a Dolceacqua eravamo a cena con un gruppo di pazienti in una pizzeria, apparentemente un gruppo di amici qualsiasi di entrambi i sessi e di diverse età. Il cameriere, prima ancora che aprissi bocca, che qualcuno aprisse bocca, mi si è avvicinato gentilmente: «Venga, padre: di là c'è una grande sala e possiamo avvicinare più tavoli...». Certo, io non sono un prete ma, non capendo niente, a me pare che quel cameriere avesse capito tutto o almeno che avesse capito la sostanza di quello che c'era da capire.

Episodi come questi sono sempre stati trattati come uno scotto da pagare, pensati nell'ordine di una transitoria inevitabilità, pensati come superabili con la buona volontà, l'insistenza costante e l'amore. Sbagliavamo.

Progressivamente gli ambulatori anonimi, inseriti in contesti abitativi, sono scomparsi a favore del loro inserimento in poliambulatori gestiti dal Servizio sanitario nazionale. Dove non c'è stata, o non c'è più un'équipe capace di puntare i piedi e di dire un sonoro “no” alle “logiche” amministrative, la psichiatria ha assunto la veste di una specialità medica tra le altre. Ho messo tra virgolette il sostantivo “logiche” perché la logica apparente non coincide affatto con la logica sottesa. Sono due logi-

che che si combattono, si intrecciano, si determinano a vicenda e, in fondo, perfino si integrano. Logica apparente: portare a compimento l'integrazione della psichiatria come scienza medica a tutti gli effetti. Logica nascosta: evitare di scandalizzare il cittadino sottraendogli la vista, la frequentazione quotidiana della follia.

La "scomparsa" della follia tra le maglie della medicina è altra cosa dalla scomparsa dell'istituzione totale tra le maglie del tessuto sociale. La scomparsa della visibilità dell'istituzione totale era espressione di una rinata visibilità della follia. Visibilità, dunque, non più circoscritta al palcoscenico della Salpêtrière: «Questo dolore, ve lo farò per così dire toccare con mano tra un momento. Ve ne farò conoscere tutti caratteri presentandovi cinque malate»... E Charcot faceva entrare le cinque «malate» sulla scena del suo anfiteatro⁹. Piuttosto, tornata ad essere parte della vita, la follia scendeva dal palcoscenico, usciva dalla rassicurante rappresentazione del "noi di qua" e "loro di là". Attraverso la medicalizzazione forsennata e irreversibile della malattia di mente si è giunti a una nuova divisione, a una forma nuova e moderna del "noi di qua" e "loro di là".

Le pratiche attive di deistituzionalizzazione certo non hanno mancato di suscitare resistenza. Pensavo allora, e lo penso tuttora, che questa resistenza sia malsana, identificatoria, ovvero identitaria, rassicurante ed escludente: insomma, ancora un appello al "noi" e al "loro". C'era però un modo per combattere questa resistenza, per fronteggiarla sul nascere, e si chiamava presenza, mediazione, partecipazione, invenzione. Ancora nel 1987 stigmatizzavo *L'ordine della pace manicomiale*, l'ordine che, a ogni costo, voleva mantenere un "noi" contrapponendovi un "loro". In particolare, scrivevo:

Avanziamo dunque questa ipotesi: che tante pressioni per il ritorno a situazioni di legge più arretrate dell'attuale siano pressioni per non essere costretti a vedere, per non essere costretti a partecipare. Come dire di uno struzzo che volesse garantita dallo Stato la sabbia in cui immergere il capo¹⁰.

E, più di trent'anni dopo, in seguito a un tragico episodio che aveva comportato la morte di un ragazzo, ancora scrivevo:

Se la psichiatria incarna la volontà d'ordine della folla, la sua violenza è la stessa al cui esercizio la società, ovvero la folla organizzata in convivenza civile, delega le Forze dell'Ordine. Ma la psichiatria è anche *pietas*, ovvero capacità di interloquire con un soggetto, piuttosto che con l'oggetto la cui gestione gli è delegata dalla gente. Interloquire con un soggetto significa prima di tutto riconoscere lo spazio di un'espressività anche, e soprattutto, quando questa espressività infran-

⁹ G. Didi-Huberman, *L'invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris 1982, p. 13 (traduzione di chi scrive).

¹⁰ F. Gambini, *L'ordine della pace manicomiale*, in «La voce della Dora», XXIX (1987), n. 6, pp. 1, 3.

ge gli standard talvolta feroci della convivenza. [...] Per qualche anno, in Italia, chi si confrontava con la follia ha saputo di doversi necessariamente confrontare con il trattamento che la follia riceve dal contesto sociale concreto in cui si esprime. Oggi questo sapere si è perso. La medicalizzazione estrema, la riduzione del comportamento a sintomo, il trattamento proposto che diviene imposto, l'alterità che è diventata estraneità, sono tutti indici di questa perdita. [...] Cos'è il contrario dell'indifferenza? Ahimè, non la *pietas* e l'interlocuzione. Lo sapete. Sapete tutti qual è il contrario dell'indifferenza, solo che è difficile dirlo, ripugna alla nostra coscienza di cittadini, il contrario dell'indifferenza è l'identificazione, l'identificazione al tratto, la terza nella numerazione che ne fa Freud, che con un unico movimento, ci posiziona posizionando il nostro nemico¹¹.

È uno scritto del 2015, undici anni fa. Eppure scrivevo che alla coscienza del cittadino «ripugna» l'identificazione che ci identifica identificando il nostro nemico. Undici anni appena e assistiamo al trionfo dell'identitario, del nazionalismo, dalla sagra strapaesana eletta a sistema di riconoscimento e di alleanze. Nessun sentimento di repulsione; piuttosto l'identità abbracciata, invocata come radice dell'*io*. Francamente, non c'è da stare allegri.

Nello scritto del 2015 parlavo di identificazione al tratto. È un'espressione che si deve a Sigmund Freud e che è stata ripresa e sostanziata dalla lettura fattane da Jacques Lacan. Si capisce anche intuitivamente di cosa si tratta: rossi contro neri, mancanza del prepuzio, barba non rasata, kefiyah, kippah, skinheads e via elencando. Si tratta sempre di "tratti" che hanno una lontana memoria di un loro eventuale e remoto valore simbolico per finire a rappresentare uno *shifter*, ovvero un segno che indica solo più l'appartenenza, il «noi» a cui chi lo esibisce si identifica o il «loro» a cui chi ne è portatore è identificato. In genere si tratta di un meccanismo foriero di tragedia. Freud lo ricorda con molta durezza, e molta preveggenza, proprio a proposito della psicoanalisi stessa, la cui funzione può essere quella di uno *scibbolet*. Nell'episodio biblico a cui Freud si riferisce, a causa del loro tratto distintivo, la pronuncia della parola *scibbolet*, vennero trucidati quarantaduemila uomini di Efraim¹². O noi o loro, come si diceva.

Ovviamente questa logica del due, quest'infernale logica del due, ha una storia e anche, il che rende le cose parecchio più complicate, una preistoria. Non necessita una grande fantasia per cogliere nel sesso la matrice di ogni divisione. Certamente la divisione *io/tu* ma anche la divisione interna a ogni individuo che colloca in ogni

¹¹ F. Gambini, *Psichiatria e violenza*, in «Psichiatria/Informazione», II-III (2015), n. 50, pp. 45-46.

¹² Giudici, 12, 5-6. Cfr. S. Freud, *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905, in una nota aggiunta nel 1920; *Tre saggi sulla teoria sessuale*), *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* (1914; *Per la storia del movimento psicoanalitico*), *Das Ich und das Es* (1922; *L'Io e l'Es*), *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1932; *Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni*), tutti nell'edizione italiana *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1967-1980.

individuo aspetti legati al “sesso”. Quando parlo di sesso non parlo di due sessi, bensì di un sesso che ci traversa e ci divide e che non ci consente, se non attraverso la finzione dell’identificazione, di essere tutto da un lato o tutta da un altro. Ci sarebbe da aggiungere che in genere gli uomini, voglio qui dire proprio i maschi, sono un po’ più cretini e hanno per questo meno difficoltà, o almeno l’hanno avuta per qualche millennio, a pensarsi, a credersi tutti da un lato. Ma questo è un altro discorso che esula dall’argomento che intendo introdurre: la divisione sessuale come madre di tutte le divisioni; il due della sessuazione come genesi e modello della funzione del due nei rapporti sociali tra gli esseri umani. Con, ovviamente, particolare riferimento alla dualità tra follia e non follia, tra ragione e follia.

E questo ci porta direttamente a Foucault, alla sua *Storia della sessualità*¹³ e all’acquisizione un po’ acritica del suo pensiero: follia e ragione come separate, distinte l’una dall’altra e pronte a illuminare l’altro attraverso l’identificazione al proprio campo.

La tesi di Foucault è affascinante o, meglio, accattivante. Il punto di viraggio è situato all’inizio del XVII secolo. Prima si sarebbe potuto dire pane al pane e vino al vino, le parole della sessualità potevano essere dette senza grandi reticenze e – nota Foucault – «i corpi abitavano la strada»¹⁴, erano visibili, non segregati in uno spazio apparecchiato per loro dalla borghesia vittoriana. A opera della suddetta borghesia vittoriana, che arrivava a fasciare le «gambe» dei tavoli quando erano tornite in modo da ricordare vagamente la forma di un polpaccio, «sul sesso si tace»¹⁵. Poi arriva la nozione folgorante, geniale: il «beneficio del locutore»¹⁶, ovvero il godimento soggettivo che la scienza assume in pieno nel parlare di sesso, di porre la questione della centralità del sesso. Il meccanismo generale è chiaro, fin troppo: libera espressione del sesso prima della rivoluzione industriale, poi repressione; «la coppia, legittima e procreatrice, fa la legge. Si impone come modello, fa valere la norma, detiene la verità, custodisce il diritto di parlare riservandosi il principio del segreto»¹⁷.

Per la verità, lo stesso Foucault è critico verso il meccanismo che fa derivare le parole del sesso, le parole della scienza sul sesso, dalla forza che il sesso assume nella e dalla repressione. Resta che quest’idea ha però fatto molta strada: il sesso come Anteo che, in quanto figlio di Gea, trae la propria forza dall’essere abbattuto e dal conseguente contatto con la madre terra.

¹³ Dell’*Histoire de la sexualité* (1976-2018) sono comparsi da Gallimard dapprima tre volumi, *La volonté de savoir* (1976), *L’usage des plaisirs* (1984), *Le Souci de soi* (1984); il quarto, *Les Aveux de la chair*, è apparso, privo di note, nel 2018. Qui mi riferirò soprattutto al primo volume, nella traduzione italiana di P. Pasquino, G. Procacci, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano 1978.

¹⁴ *Ivi*, p. 9.

¹⁵ *Ivi*, p. 10.

¹⁶ *Ivi*, p. 13.

¹⁷ *Ivi*, p. 10.

Il nodo corre attraverso la morale sessuale e alle sue numerose e rapide, sempre più rapide modificazioni. L'etica e la morale sessuale vittoriana è ormai residuale e la morale corrente prevede il diritto all'espressione fenotipica di un dato assunto come genetico, legato al genoma. Se con l'eugenetica si è pensato di migliorare la "razza" attraverso l'eliminazione degli individui portatori di una "tara" genetica, oggi quella stessa idea del radicamento genetico della scelta sessuale serve di base al diritto rivendicato e riconosciuto all'espressione fenotipica, dunque sociale e comportamentale, del proprio orientamento sessuale.

L'idea di fondo è che l, g, b, t, q, i, a e + siano punti un po' arbitrari su una linea continua lungo la quale ogni individuo è libero di posizionarsi in modo stabile o di muoversi a proprio piacimento. Il *Gay Pride* è diventato semplicemente *Pride*: riguarda tutti, è la festa di tutti.

Questo tutti però non include i folli. La condizione di medicalizzazione della follia ne vieta l'espressione pubblica. La follia non ha diritto alla propria espressione fenotipica.

Trovo sempre struggente quando una persona fa appello alla competenza medica che mi suppone per chiedermi di nominare ciò di cui soffre in modo da poterlo identificare come obiettivo di una cura farmacologica o, e in fondo è la stessa cosa, di una tecnica psicoterapica. È in questo senso che l'istituzione è diventata da totale totalizzante, invisibile e totalizzante. Non tollera e non riconosce un posizionamento soggettivo rispetto all'evento clinico oggettivo.

Ci sono voluti dei millenni affinché gli esseri umani acquisissero la nozione di "aria", prima era *pneuma*, *anemos*, flogisto, ma non era "aria". Vento, soffio, combustione, principio vitale erano concetti tra loro slegati o legati solo parzialmente. Mancava la nozione unificante di "aria".

La mia tesi è che la psicoanalisi ci fornisca un concetto che, come quello di "aria", lega la brezza e le trombe, appunto, d'aria, lega la normalità alla follia. La nostra normalità è folle e molte, moltissime follie sono l'apoteosi della normalità.

Oggi però la medicina istituisce la follia come alterità radicale. Non c'è più bisogno di uno stigma che radichi la divisione. La divisione è già fatta da un sapere che si vuole scientifico, oggettivo. Di un bambino fastidiosamente o insopportabilmente vivace mia nonna diceva che aveva l'argento vivo addosso: un'espressione poetica, immaginifica, graziosa e includente. Ponete una diagnosi di Adhd (Sindrome da deficit di attenzione e iperattività) e la vostra lingua, la vostra povera e sterile lingua di scienziati, si fa escludente. Si fa, direbbero in Francia *une langue de bois*, una lingua di legno.

Non ci vuole molta fantasia per accorgersi che le nozioni di Adhd, di Disturbo di personalità o di Disturbo specifico dell'apprendimento, come molte altre nozioni medico-scientifiche, si prestano perfettamente a nominare, con le conseguenze cliniche e sociali del caso, molti comportamenti per qualche verso disturbanti e

che, in quanto tali, ovvero disturbanti, confliggono, con la nostra povera, misera e asfitticamente identitaria idea di normalità. La scomparsa della follia dalla nostra normalità in quanto malattia o, ed è perfino peggio, in quanto disabilità, con le adeguate tecniche di *ricovero* che l'accompagnano, ci impoverisce. È, prima di tutto, un danno all'immagine complessa e fastidiosamente poco edificante dell'uomo.

Tecnici della cura, funzioni dell'oppressione: parole per non dimenticare

Giampaolo Di Piazza, Maurizio Ferrara

*La poesia è stato un piano superiore
in cui sono andata ad abitare
nei momenti di disperazione
(Alda Merini)*

1. Introduzione

Molti anni sono trascorsi dalla promulgazione della legge 180, i protagonisti di quella riforma non lavorano più in quei servizi di salute mentale che avevano creato e lo spirito del tempo caratterizzato da intraprendenza, coraggio, entusiasmo e creatività rischia di essere ormai un ricordo sbiadito e lontano dei tempi che furono: le psicoterapie individuali, le iniziative di psicoeducazione con pazienti e familiari, la promozione di utenti esperti, la predilezione degli interventi nella comunità e nel contesto di vita quotidiano piuttosto che in ambito ospedaliero, il recupero dell'autonomia personale sono ormai interventi occasionali che confermano la regola di un'organizzazione dei servizi sempre più improntata oggi alla gestione delle emergenze-urgenze in ospedale, senza un concreto lavoro di prevenzione e di trasformazione delle condizioni che favoriscono l'emergere del malessere psichico nella comunità.

Basaglia aveva compreso come non fosse possibile salvaguardare la dignità del paziente psichiatrico all'interno dell'ospedale psichiatrico al punto che, affinché se ne potesse avere cura, fosse necessario un nuovo modello di psichiatria che da scienza naturale di matrice organicista (com'era sempre stata in Italia) fosse trasformata in una scienza fenomenologicamente orientata, che riconoscesse la follia non come Alienità, ma «come espressione di una condizione umana di sofferenza, con la sua dignità e con la sua libertà ferita»¹. Più che di penna quella di Basaglia è stata una *fenomenologia d'azione*, utilizzando nel migliore dei modi possibili la leva fenome-

¹ G. Castigliego, *Incontri di confine. Intervista al Professor Eugenio Borgna*, in «Il Sole 24 Ore. Blog», 1 aprile 2023: <https://giulianocastigliego.nova100.ilsole24ore.com/2023/04/01/intervista-al-professor-eugenio-borgna/> (ult. cons. 20/07/2025).

nologica come uno strumento, fattivo e concreto, per promuovere quello spirito critico all'istituzione che poi connoterà il suo operato: non a caso l'*atto fenomenologico* viene definito come un *atto di conoscenza*² in cui lo sfondo e la riflessione filosofica non rimangono fine a se stessi, ma animano una rivolta (se non una vera e propria rivoluzione) che ha scardinato il modello incentrato sull'ospedale psichiatrico e ha animato una vitale curiosità nel riconoscere l'umanità che abita ogni *Alter*, mai ridotto a *Alienus*.

Se da una parte è attendibile la ricostruzione di Mario Rossi Monti di un fallimento nella diffusione del movimento fenomenologico in Italia per una certa «vocazione elitaria e individualistica degli psicopatologi»³ tuttavia, sulla base dei fatti, possiamo insistere nel ritenere che al contrario Basaglia abbia dato gambe e braccia alla cultura fenomenologica italiana facendone un movimento che agisce concretamente *nei* e *sui* luoghi di cura così come abbia fornito un metodo nuovo e adattato ai nuovi contesti di intervento. Che è una base molto importante. Ma la prassi anti-istituzionale nasce anche da una cultura politica e da una visione sociale di matrice hegeliana (il tema servo/padrone) e con l'affermazione forte che le istituzioni totali che escludono e dominano il paziente sono assolutamente coerenti con quanto avviene in una società classista.

Che cosa resta oggi di quella *meglio gioventù*⁴ che con entusiasmo ha saputo proporre in Italia una rivoluzione talmente innovativa da fare del modello di salute mentale italiano, conseguente alla promulgazione della legge 180, un esempio in ambito mondiale? La prima risposta, immediata e di getto, potrà essere disarmante: gran parte di quella *meglio gioventù* che a partire dal 1978 ha preso servizio all'interno del Sistema sanitario nazionale (Ssn) è silente ed inoperosa, in quanto non più impegnata nell'attività lavorativa. In effetti, a quarantasette anni dalla promulgazione sia del decreto-legge 180 sia della successiva legge 833 istitutiva del Ssn, il personale (infermieri, educatori, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri e assistenti sociali) che di quella riforma è stato il motore e il promotore si trova ormai in pensione e, il più delle volte, non ha avuto modo, occasione ed anche energie (residue) per trasmettere alle nuove generazioni la testimonianza di un'*utopia divenuta realtà*. Sfiniti, demotivati, timorosi di predicare nel deserto, anche coloro che negli anni '80 hanno con energia demolito un modello di psichiatria centrato sull'istituzione manicomiale e sulle sue contraddizioni non sono riusciti a trasmettere alle nuove

² F. Basaglia, *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'«incontro»*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 78 (1954), n. 2, poi in F. Basaglia, *Scritti*, 2 voll., 1953-1968. *Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1981, vol. I, pp. 32-54, pp. 44-45.

³ M. Rossi Monti, *La psicopatologia tra Scilla e Cariddi*, in G. Di Petta, G. Di Piazza (a cura di), *Arnaldo Ballerini. Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura*, Giovanni Fioriti, Roma 2011, pp. XIII-XVIII, p. XVII.

⁴ Il palese rimando è al film *La meglio gioventù* di Marco Tullio Giordana (2003).

generazioni di specialisti non tanto il proprio entusiasmo, ma forse neppure un più o meno dettagliato resoconto di quegli anni, né il possibile raccordo tra esperienze passate ed attuale organizzazione di una rete complessa ed articolata di servizi di salute mentale: non è stato sufficientemente valorizzato il bagaglio culturale, sociale, clinico, epistemologico e storico di questa rivoluzione nell'approccio alla sofferenza mentale, così come non sono state proposte suggestioni per mantenerlo non soltanto in vita ma anche in continuo sviluppo.

Allo stato attuale, quindi, il personale dei servizi di salute mentale nella penisola italiana può essere suddiviso, grossomodo, in due popolazioni: la prima, rappresentata da coloro che hanno partecipato con fervore allo sviluppo di un nuovo modello di psichiatria ovvero una salute mentale declinata nella comunità nei primi anni '80, vive di ricordi e di rimpianti, constatando come «l'orgoglio per l'utopia realizzata»⁵ si vada spegnendo; la seconda del tutto inconsapevole, al di là di rare eccezioni, di entrare presto a far parte di un'innovativa esperienza di salute mentale comunitaria, costituita da giovani specialisti che di quel periodo storico e di quella atmosfera possono sapere quel poco che abitualmente apprendono gli studenti dai libri di testo scolastici, ovvero una infarinatura superficiale di nozioni senza vita e senza passione, al punto da dedicarsi alla professione di psichiatra con un vuoto di pensiero e di entusiasmo che rischia di specchiarsi in una vacuità d'anima.

Ma quali possono essere gli antidoti che permettano di evitare il ritorno dell'anomia e della anonimie tipiche dell'atmosfera manicomiale? Inoltre, facendo propria la matrice fenomenologica che ha nutrito le prime riflessioni ed i primi scritti di Franco Basaglia⁶ una volta messo tra parentesi (*epoché*, *pars destruens*) il sapere e le pratiche consuete, in quale direzione muoviamo la *pars construens* del nostro ragionamento? In modo propositivo, siamo convinti che per mettere in pratica gli spunti di riflessione di Basaglia sia opportuno in primis recuperare la dimensione relazionale dell'incontro clinico o – ancor meglio, potremmo dire – praticare un modo nuovo di operare e di essere nella clinica, riconoscendo come ogni colloquio possa essere un dono, con potenziali elementi trasformativi delle abituali modalità disfunzionali e patologiche. Fin dal primo incontro il paziente va riconosciuto come soggetto, non solo partecipe ma attivo e propositivo del percorso di cura: questo atteggiamento sostiene una *trasformazione della relazione terapeutica*, il paziente diviene l'attore protagonista e non la comparsa, del proprio percorso di emancipazione dai sintomi e di recupero dell'autonomia. Le parole, le idee e le suggestioni di Franco Basaglia possono essere ancora oggi catalizzatore di un modello terapeutico che mantiene

⁵ R. De Fiore, *Diritti a 180. Quarant'anni dalla legge Basaglia*, in «Recenti Progressi in Medicina», 109 (2018), n. 10, pp. 459-468: <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3010/articoli/30083/> (ult. cons. 26/07/2025).

⁶ A. Molaro, *Basaglia*, in A. Molaro, G. Stanghellini (a cura di), *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, UTET, Torino 2020, pp. 401-423.

viva e vitale la visione del «carattere essenziale della sua impresa: il legame stretto, diretto, tra l'elaborazione teorica, il lavoro nell'istituzione pubblica e la dimensione politica di questo lavoro»⁷.

Se gli psichiatri non riconoscono più un senso nelle manifestazioni di sofferenza psichica, se non mantengono più l'interesse nel rintracciarne le connessioni con le esperienze di vita, con il contesto familiare o i valori, se non colgono più l'occasione fortunata dell'incontro con l'essere umano attraverso un tentativo di dialogo – fosse anche in quel *setting* spesso caotico ed inospitale del pronto soccorso –, allora oggi si corre il rischio di mettere in opera interventi meramente protesici, pedagogici o orientati al semplice silenziamento del sintomo e non alla sua comprensione ed al suo superamento: le parole, con il loro contenuto comunicativo diretto ed indiretto, sostengono il terapeuta nel tentativo di ritessere i fenomeni psicopatologici all'interno di una matrice biografica e di vita affinché il paziente possa riacquisirli, riconoscerli propri e trasformarli.

La parola è o, meglio, potrebbe essere, ancora oggi, strumento e mezzo di cambiamento: essa promuove il riconoscimento della centralità del paziente e della sua partecipazione attiva al percorso terapeutico fin dalla fase del confronto con i curanti in quanto, per quanto possa essere sofferente, la persona non perde il diritto ad esprimersi e a manifestare il proprio parere rispetto al percorso di cura. Questa dimensione di contrattazione che rinvia proprio all'etimologia di *cum trabe-re* ovvero *trarre insieme, riunire*, sottolinea il ruolo attivo del paziente, non più mero portatore di sintomi ma, al contrario, soggetto consapevole dei propri diritti così come co-artefice della cura.

Allora, ogni parola del paziente acquisisce rilievo, rilevanza e valore: esce dall'ombra o dalla penombra del non-senso, dell'alienato e dell'alienante per tornare ad essere parola con-divisa, parola con-tatto all'interno di «una relazione fra due strutture di individui che parlano assieme»⁸.

2. *Dritto alle parole: parola parlata e parola parlante*

Oggi, più che mai, torna ad essere fondamentale ridare un peso, una rilevanza alle parole condivise in occasione di ogni incontro: non soltanto quindi riappropriarsi del linguaggio che, come nota Bove gli psichiatri e gli psicologi «nel migliore dei casi sanno adoperare in virtù di un'innata propensione alla comunicazione»⁹ senza aver

⁷ M.G. Giannichedda, *Introduzione. Testimoni di un altro possibile*, in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, il Saggiatore, Milano 2025 (I ed. 1984), pp. 13-33, p. XVI.

⁸ F. Basaglia, *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia*, cit., p. 43.

⁹ E. Bove, *Strumenti per la diagnosi e la terapia. Il linguaggio e la parola*, in G. Stanghellini, M. Rossi Monti (a cura di), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 117-162, p. 117.

ricevuto nel corso della propria formazione un'adeguata istruzione, ma dare ascolto a quanto ci viene manifestato, sempre e comunque, in quanto la parola permette la valorizzazione della soggettività come passaggio essenziale per affrancare dall'anomia dell'istituzione totale o come strumento per poter evitare interventi terapeutici spersonalizzanti, accogliendo le istanze di autonomia del paziente di cui ci prendiamo cura.

Ma che cosa intendiamo con il termine *parole*? Con il supporto della riflessione di un filosofo francese, Maldiney, possiamo riconoscere la rilevanza delle parole scambiate all'interno di un colloquio: le parole del paziente, come le nostre in relazione con lui, non soltanto «parlano anche e sempre» di lui ma, al di là e oltre al loro significato esplicito e razionale, ne hanno anche un altro¹⁰. Allora è utile distinguere tra *parola parlata* e *parola parlante*: la prima è espressione di ciò che egli è in quanto la *parola parlata* è informativa, certamente trasmette uno stato delle cose; anche quando a prima vista risulta criptica in realtà si tratta di una sedimentazione che non permette equivoci. Potremmo semplificare indicando che la *parola parlata* corre il rischio di rimanere statica, di essere compiuta *di* e *nel* senso, equivalente di un coagulo sintomatologico, mentre la *parola parlante* sia di per se stessa insatura, allusiva, non del tutto e non completamente definita trattandosi di una «parola che enuncia anticipandosi, che si oltrepassa in direzione di un senso che sta ancora cercando, parola in cui domanda e risposta riverberano l'un l'altra»¹¹.

Ciò che è *parlato* è difesa, corazza che protegge e nasconde, giustifica lo *status quo*, niente deve cambiare, nessuno si deve avvicinare alla linea che demarca l'area dell'intimità. Ciò che è *parlante* è, invece, una domanda inquieta di relazione, appoggio per capire modi meno confusi di fronteggiare la realtà, tentativi di sentire se stessi autori legittimati a dare significato a ciò in cui siamo coinvolti. Quando è *parola parlata* dice di sé, ma cosa dice e come lo dice? Lo dice con un racconto personale di sé e dei fatti della propria vita: il suo racconto è una sorta di parabola che connette eventi, relazioni e vissuti, un quadro che giustifica il disagio mentale attuale; allo stesso tempo *parla* anche con la presentazione di un sé malato, socialmente riconoscibile, una stereotipia di sintomi che chiarisce all'interlocutore: «io sono malato mentale, io ho un disturbo psichico». È la maschera, la caricatura che nasconde la vera immagine di sé¹².

La maschera ovvero l'evidenza della malattia esonerano il paziente dall'ingaggio sociale di qualunque tipo e certificano in anticipo anche il probabile fallimento dei tentativi di riabilitazione. Dunque è messaggio che, specie in contesti di relazione

¹⁰ H. Maldiney, *Penser l'homme et la folie à la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Jérôme Millon, Grenoble 1991 (trad. it. di F. Leoni, *Pensare l'uomo e la follia alla luce dell'analisi esistenziale e dell'analisi del destino*, Einaudi, Torino 2007).

¹¹ R.D. Laing, *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, Tavistock, London 1960 (trad. it. di D. Mezzacapa, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino 1969).

¹² M. Sassolas, *La psychose à rebrousse-poil*, Erès, Toulouse 1997 (trad. it. di F. D'Angeli, *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*, a cura di P. D'Angeli, Borla, Roma 2001, p. 108).

terapeutica, ribadisce: «non disturbare, non è possibile alcun cambiamento, lasciami stare in questa condizione». È davvero questa impossibilità che il racconto e la maschera dei sintomi portano all'interno della relazione? Siamo di fronte quindi a un dialogo che si apre e subito si chiude perché inutile? Non sembra proprio così: anche se la parola parlata è un discorso già detto, concluso in sé, è comunque un'offerta, una presentazione. Nella relazione terapeutica, se l'interlocutore è disponibile ad ascoltare, il paziente offre una parola parlata di un sé che si annuncia e contemporaneamente si nasconde e che, dunque, chiama l'interlocutore a definire un senso condiviso tra la polisemia delle molte possibili traiettorie causali e motivazionali. È dunque una seduzione che spinge un terapeuta (attento, disponibile) all'avventura del coinvolgimento, a chiedere, interpretare, comunque rispondere in quanto coinvolto all'interno di una relazione.

Il racconto e la maschera del paziente vanno intesi come un tentativo d'ingaggio, per quanto possa essere confuso e confondente, spesso disperato: l'avvio di un campo di relazione terapeutica, una speciale *agorà* dove costruire significati condivisi. Il senso di quanto è accaduto e accade non è ancora definito ma è in via di tessitura all'interno della stessa relazione terapeutica, purché si acconsenta che la parola parlata diventi parola parlante acquisendo riverbero all'interno di una relazione che, sia o meno terapeutica, lega insieme due interlocutori in dialogo reciproco. Come sinossi, potremmo quindi sostenere come anche ogni parola parlata possa diventare parlante se incontra un interlocutore capace di ascoltare.

3. Prosa (e poesia) nei servizi di salute mentale

La complessità se non un vero e proprio imbarbarimento delle relazioni umane con cui si trova a confrontarsi il personale dei servizi di salute mentale sono state a più riprese rilevate e poste in luce da Gilberto Di Petta che ha connotato i servizi psichiatrici diagnosi e cura italiani come delle trincee: la riduzione numerica del personale e la spesso associata demotivazione, i rapporti disfunzionali con altri reparti o servizi (tra cui il pronto soccorso e i servizi per le dipendenze patologiche), l'incostante collaborazione con le forze dell'ordine (polizia di Stato e municipale, carabinieri) ha portato Di Petta ad assimilare tanti dei nostri luoghi di cura a un campo di battaglia dove psichiatri, medici, pazienti e familiari si fronteggerebbero in un confronto serrato¹³.

A ben vedere, in prima istanza, potremmo concordare sul fatto che effettivamente il fare quotidiano sia improntato ad una lotta per un prosaico silenziamento del sintomo se non anche del paziente: da una parte, quindi, potremmo rilevare come la prosa all'interno dei servizi di salute mentale italiani prevalga a causa di un'acquisita

¹³ G. Di Petta, *Fenomenologia alzo zero. Il corpo a corpo tra la follia e la cura*, Quodlibet, Macerata 2023.

abitudine a non ascoltare le parole del paziente, che passano sullo sfondo in quanto non ritenute salienti rispetto alla rilevanza dei comportamenti per l'acquisizione di una diagnosi, oppure per la propensione a una trasformazione del paziente a oggetto malato con conseguente personalizzazione del rapporto terapeutico e della cura (per non parlare del frequente degrado dei luoghi che fa da *pendant* al degrado delle relazioni). La prosa di oggi può essere ritrovata nell'abitudine a pre-scrivere più che a valorizzare, nell'agire a corto circuito invece che nel ponderare su quanto stia avvenendo, nell'intervenire sui comportamenti a discapito di comprendere i vissuti, nel sostenere l'impossibilità al cambiamento, nel minimizzare l'affettività negli scambi così come nel riferirsi al concreto come veicolo di sola realtà materiale.

Ma in realtà a ben vedere, benché l'impegno a lavorare all'interno dei servizi di salute mentale italiani sia spesso faticoso ed estenuante, talora conflittuale, tuttavia il dialogo con la follia senza necessità dell'istituzione (totale) manicomiale assume spesso i connotati di un *operare poetico* in quanto possibilità di accogliere della follia la dimensione allusiva, il linguaggio simbolico, metaforico ed implicito, spesso plurisensoriale e sinestesico con trasfigurazione della realtà. Anche i comportamenti, spesso e troppe volte considerati soltanto scorza superficiale e dato di scarto, in realtà sono espressione del vissuto¹⁴ e possono assumere connotazione poetiche, come quando all'interno di una comunità terapeutica una persona schizofrenica offre a un operatore una tazza di tè come gesto di riconciliazione dopo un episodio di incomprensione reciproca la sera precedente.

Abituarsi o riabituarsi a riconoscere quanto vi sia di poetico nelle parole e nei gesti delle persone di cui ci prendiamo cura induce da una parte a valorizzare ogni incontro (anche con pazienti seguiti da molti anni) così come a rilevare quanto "materiale" denso sia trattenuto e rinchiuso, in attesa di venire liberato e condiviso all'interno di una relazione di cura. Potremmo definire come poesia l'atto dell'operatore che, al di là del suo ruolo, si mette in gioco mescolandosi con i ricoverati per attivare occasioni di relazione, in antitesi completa ai rapporti di potere dell'istituzione programmata per separare, per ridurre al minimo gli scambi relazionali, per rendere "normale" l'assenza di umanità degli scambi relazionali. La poesia nella clinica la ritroviamo, inoltre, tanto più riusciamo a riconoscere la dimensione umana, non necessariamente clinico-diagnostica-terapeutica, di ogni incontro, accogliendo il margine di non-definitezza e non-compiuto¹⁵.

Si tratta di un metodo apparentemente semplice, ma è l'inizio del ribaltamento anti-istituzionale, in quanto il riconoscimento della parola parlante e della parola

¹⁴ A. Tatossian, *La phénoménologie des psychoses. Rapport de psychiatrie*, Masson, Paris 1979 (trad. it. di R. Dalle Luche, G. Di Piazza, *La fenomenologia delle psicosi*, Giovanni Fioriti, Roma 2003, p. 16).

¹⁵ Concordiamo con Luciano Del Pistoia quando sostiene che per poter esser psichiatra sia fondamentale nutrire la passione di capire la follia e di dialogare con la persona di fronte a noi: L. Del Pistoia, *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*, Giovanni Fioriti, Roma 2008.

poetica permette di evitare la spersonalizzazione della relazione di cura.

4. *Le parole del e nel conflitto. Diritto di parola*

A più riprese Basaglia chiarisce come i momenti e le situazioni di conflitto siano da considerare il campo terapeutico in cui si svolge la relazione di cura: relazione che riguarda il paziente certamente, ma che comprende anche tutti gli attori coinvolti. Questo assetto si comprende bene considerando istituzioni di cura, come l'ospedale psichiatrico, dove questa idea è nata, e la comunità terapeutica, dove si è sviluppata la prassi conseguente.

Quando a Gorizia Basaglia iniziò a promuovere l'uscita dai reparti dei pazienti non più ricoverati in regime coattivo, semplicemente delegittimò l'organizzazione gerarchica oltrepassando e disattivando la più rassicurante catena decisionale (primario-medico-capo infermiere-infermiere) a cui fino a quel momento si era fatto riferimento, mettendo in gioco una sorta di *responsabilità curante* condivisa e spiazzante, una modalità che attiva la responsabilità individuale (anche dei pazienti quando decidono l'uscita sfidando il parere del medico o dell'infermiere). Viene realizzato quindi un progetto comunitario di trasformazione istituzionale che possiamo definire come la prassi di una teoria della cura dei malati mentali gravi, in cui il terapeuta mantiene una posizione di garanzia affinché tutti i ruoli istituzionali e le posizioni gerarchiche vengano decostruite, affinché ciascuno assuma la responsabilità personale di ciò che dice e che fa (compresi i pazienti coinvolti) e infine affinché le proposte e le conclusioni raggiunte nel campo del conflitto (nel campo terapeutico) abbiano il valore normativo che prevedono.

Il conflitto si sviluppa con evidenza nei momenti collettivi d'incontro, nelle esperienze di assemblea generale realizzate in alcuni ospedali psichiatrici, nei gruppi di discussione delle comunità terapeutiche: in effetti è proprio all'interno di assemblee e di collettivi che emergono aggressività (spesso rafforzate da alleanze di gruppo) anche contro i sanitari che devono rispondere agli appunti che vengono fatti, o contro altri pazienti per le mancanze, le ingiustizie rilevate e in genere per tutte le problematiche relazionali che affiorano in qualunque comunità umana.

È questo il cuore della funzione terapeutica del progetto basagliano: assunzione del rischio legato al possibile conflitto (con esiti non scontati a priori), in un assetto comunitario dove i ruoli non sono più definiti. Ciascuno è in qualche modo forzato ad assumere in prima persona la responsabilità delle proprie azioni e sempre di più, via via che le proprie scelte sono più significative e più libere (ad esempio decidere di uscire anche se l'infermiere non è d'accordo, decidere di chiedere chiarimenti sulla terapia, fare critiche al personale). La libertà di esprimersi e di dissentire, in un primo tempo, può essere fonte di disagio e di conflitto nella re-

lazione con il paziente in quanto si tratta di un sostanziale ed inatteso confronto con la soggettività del malato: gli operatori, «nel loro porsi in uno stato di disagio personale in rapporto col paziente», vivevano «il loro primo atto terapeutico nei confronti del malato», cui «si trovavano, improvvisamente, a dover dividere lo stesso pericolo: la libertà¹⁶.

Promuovere all'interno dell'ospedale psichiatrico le assemblee con i pazienti ha rappresentato uno dei più significativi *atti parlanti*, parafrasando la definizione di Racamier, di smantellamento dell'istituzione manicomiale. L'apertura al confronto e al dialogo è stata concretizzata con la partecipazione dei pazienti alle assemblee che sono state la rappresentazione di questo capovolgimento: ad Arezzo, ad esempio, una paziente "antica", Ampelia, ha governato a lungo l'assemblea generale aiutando i pazienti a intervenire e a fare rimostranze o rivendicazioni. Si è trattato di un'occasione per rivitalizzare spinte all'affermazione di sé nei pazienti; allo stesso tempo è stato un momento critico anche per la dirigenza, che ha dovuto porsi in funzione di facilitatore delle aggregazioni per renderle più strutturate e più stabili ma, naturalmente, correndo anche il rischio di perdere il controllo e di essere indotta a mettere in opera ed attivare modalità autoritarie. Certamente in queste situazioni avveniva un rivolgimento importante che ha confuso i ruoli e modificato almeno in parte la relazione di dipendenza/dominio: a distanza di così tanti anni, è evidente quanto il momento storico fosse eccezionale, al punto che il movimento operaio e le rivolte studentesche offrivano e ricevevano forza dal movimento anti-istituzionale.

5. Conclusioni

Basaglia prevede con lucidità l'assetto del servizio di salute mentale post legge n. 180 del 1978 e n. 833 del 1978: l'avvio di un processo d'*istituzionalizzazione molle* ovvero la comparsa di un'istituzione segregante più leggera rispetto al manicomio o rispetto all'ospedale psichiatrico giudiziario. In buona misura la previsione era centrata: piccoli reparti degli ospedali generali (infine nominati servizi psichiatrici di diagnosi e cura) orientati all'annullamento del sintomo psichiatrico e alla gestione del comportamento; soluzioni abitative articolate in base all'intensità assistenziale; attività ambulatoriale analoga a qualunque specialistica; attività territoriale orientata a programmi e supporto alla riabilitazione prevalentemente di tipo comportamentista. Qualche problema si registra in aree di confine, cliniche ed assistenziali, come l'assistenza alle situazioni di disabilità fisica e psico-organica, nelle situazioni di dipendenze di vario tipo, di fronte alla sofferenza degli adolescenti e giovani adulti,

¹⁶ F. Basaglia, *La «Comunità Terapeutica» come base di un servizio psichiatrico (realtà e prospettive)* (relazione al convegno di Varese su «Realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici», 1965), in F. Basaglia, *Scritti*, cit., vol. I, pp. 259-282, p. 271.

con l'attribuzione della responsabilità di intervento nei casi di pazienti psichiatrici autori di reato, per l'assenza o la povertà nella rete di assistenza agli *homeless* da parte dei servizi di salute mentale. Pochi gli interventi al domicilio dei pazienti se non nel momento in cui vi siano richieste d'intervento per comparsa di acuzie.

La parola del curante in questi contesti emergenziali, rischia di essere grossolanamente una parola parlata: ovvero una parola che agisce ancora prima di ascoltare, che in medicina prescrive sulla base di diagnosi categoriali, che insegna in riabilitazione con modalità pedagogiche, che definisce l'accettabilità dei comportamenti nella conduzione delle relazioni familiari, sociali, istituzionali: quando anche il curante si propone in una posizione normativa, discriminante, corrisponde esattamente all'interfaccia che propone il paziente. È una parola perentoria che definisce una norma data a priori, che rischia di riaffiorare nell'organizzazione delle strutture che hanno consentito la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la creazione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza; o nel proliferare di strutture residenziali con finalità riabilitative con livelli e tipologie di assistenza assai diversificati. Nella relazione di cura, al contrario, è parlante l'atteggiamento di un terapeuta che si mette in gioco nel dialogo, disposto a scoprire qualcosa del paziente che non sia già definita: i tanti altri significati delle cose che dice e delle espressività della maschera sintomatica.

È estremamente improbabile che nel XXI secolo possano ricostituirsi in Italia gli ospedali psichiatrici di una volta ma, oggi più di ieri, sono evidenti alcune criticità che, se non valutate e risolte, possono far risorgere dalle macerie l'araba fenice di una neo-manicomialità: in effetti, Basaglia sapeva che alla rapidità con cui era stato messo in crisi il modello del grande internamento avrebbe potuto far seguito una lenta, graduale e silenziosa revisione riformista che, a piccoli passi progressivi, avrebbe riportato ordine, un *ordine ragionevole* che riproduce la mentalità della dipendenza e del dominio.

In effetti, concordiamo pienamente con la riflessione di Lodovico Cappellari quando sostiene che il lavoro di de-istituzionalizzazione deve proseguire in quanto non terminato con l'apertura dell'ospedale psichiatrico, proprio perché quest'ultimo si ripresenta come una «ombra sempre presente quando la presa in carico dei pazienti non contempra al suo interno una continua riflessione sulle nostre capacità di cogliere i cambiamenti, le evoluzioni»¹⁷.

Ridare valore alla funzione della parola all'interno di una relazione di cura va di pari passo al dare ascolto alle risorse o alle "parti sane", in modo che certamente necessario, ma allo stesso tempo non sufficiente, lo psicofarmaco sia uno strumento per mettere nelle condizioni migliori la persona per effettuare un percorso psicote-

¹⁷ L. Cappellari, *L'esperienza psicopatologica. Il senso della clinica nella prospettiva della cura*, Giovanni Fioriti, Roma 2019, p. 167.

rapico, ma non un mero anestetico, delle emozioni e dei comportamenti¹⁸.

Abbiamo cercato di delineare i punti di distanza, ma anche quelli di prossimità tra parole parlate e parole parlanti, le prime date come significato acquisito, concluso, mentre le seconde presenti quando nello scambio si cerca e siamo disposti a cogliere aspetti nuovi di senso, magari inaspettati: resta in entrambi i casi il valore della parola all'interno della relazione terapeutica, come indicatore di ciò che avviene quando siamo in dialogo. Come auspicio conclusivo, viene da pensare che la prima e più sentita rivoluzione che può portare avanti chi opera nella salute mentale italiana non è tanto e non soltanto quella di fare, operare secondo buone prassi, ma soprattutto di esserci, ovvero di continuare a stare con il paziente all'interno di una relazione di cura, dando attento e partecipato ascolto alle parole che vi si manifesteranno.

¹⁸ Sarebbe un paradosso se proprio gli psicofarmaci che, a partire dal 1952 (individuazione della clorpromazina), hanno fornito uno strumento fondamentale per limitare le istanze custodialistiche dell'istituzione manicomiale, oggi diventassero l'unico fine dell'intervento terapeutico e non il mezzo attraverso cui porre il paziente nelle condizioni migliori per poter far fronte alle esperienze abnormi con le proprie capacità.

Memoria del «lavoro negativo»: volontariato, welfare e movimenti

Luca Ceraolo, Xenia Chiaramonte, Luca Negrognolo

1. «Lavoro negativo» e storia della deistituzionalizzazione: un cantiere per ripensare l'istituire

La riflessione condivisa sulle memorie della deistituzionalizzazione si è tradotta nella necessità di un confronto critico e collettivo in merito al problema della trasmissione dell'eredità di tale esperienza, seguendo quella pista che Pierangelo Di Vittorio ha individuato nel partire da problemi del presente per discendere negli archivi e tracciare nuove «costellazioni critico-pratiche»¹: è un fare genealogico che non può non riportare agli scritti foucaultiani e a quella storia «effettiva» che, rovistando meticolosamente fra le cose piccole e apparentemente insignificanti, guarda a ciò che è lì vicino, a ciò che è «pratico», per poi allontanarsene e «riafferrarlo a distanza»; Per Foucault, non a caso, questo è uno «sguardo simile a quello del medico che s'immerge per diagnosticare e dire la differenza»².

Questo fare genealogico intesse con l'*istituire* un rapporto di prim'ordine. Proviamo a esplicitarlo. Lo intesse, innanzitutto, se per *istituire* intendiamo ciò che non è dato ma appunto costruito, posto, interpretato. Il *dato* infatti ha a che vedere con l'origine, con qualcosa di identico a sé stesso che va soltanto scoperto *dietro* le cose: che era, insomma, già lì. Invece, «il genealogista ha bisogno della storia per scongiurare la chimera dell'origine, un po' come il buon filosofo ha bisogno del medico per scongiurare l'ombra dell'anima»³.

La genealogia si lega all'*istituire* anche per un secondo verso: pensare che dietro le cose ci sia sempre qualcos'altro che era già lì e che noi dobbiamo scoprire signi-

¹ P. Di Vittorio, *Costellazioni. Tra presente e passato: la salute mentale e le sfide della trasmissione*, in P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2019, pp. 205-214.

² M. Foucault, *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, in S. Bachelard (édité par), *Hommage à Jean Hyppolite*, Puf, Paris 1971, pp. 145-172 (trad. it. di A. Fontana, P. Pasquino, *Nietzsche, la genealogia, la storia*, in M. Foucault, *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana, P. Pasquino, Feltrinelli, Milano 1977, pp. 29-54).

³ *Ivi*, p. 34.

fica dire al contempo che le cose possiedono già una certa destinazione, un senso che anzitempo le guida. L'emergenza invece, al contrario dell'origine, restituisce l'idea dei movimenti e della lotta che permea la storia. «L'emergenza, è dunque l'entrata in scena delle forze; è la loro irruzione»⁴. Nel teatro di questa lotta, come si istituisce altrimenti? Come sorgono le differenze? Come si produce trasformazione sociale? Foucault risponde che se in sé le regole possono essere prive di una finalità intrinseca inscritta irrimediabilmente nelle stesse, ecco che impadronirsi di quelle regole e usarle, questa volta sì, in modo partigiano, è in altre parole fare la storia⁵.

È con questo tipo di riflessione in mente che qui proviamo ad articolare la questione delle istituzioni della salute mentale, del ruolo del volontariato e del «lavoro negativo», e cioè sulla scorta dell'idea che, per pensare ciò che è stato chiamato spesso *antipsichiatria*, oggi ha senso usare una grammatica istituyente più che una grammatica destituyente o anti-istituzionale e che quindi al contrario bisogna mettere al centro il corpo delle lotte come motore della storia.

Non crediamo che si prenda così distanza in realtà dallo spirito con cui Franco Basaglia stesso operava e si esprimeva. Rileggendo le *Conferenze brasiliane*, i riferimenti che Basaglia fa alla trasformazione istituzionale sono stupefacenti. La psichiatria – scrive – possiede elementi evidenti di oppressione e di dominio ma anche di liberazione: «c'è stata una serie di situazioni rilevanti che hanno legato le lotte nelle istituzioni alle lotte della classe operaia [...]; dopo il 1968 ci sono stati grandi scioperi, durante i quali gli operai rivendicarono il diritto alla salute, cioè portarono a livello delle istituzioni pubbliche le loro lotte»⁶. E queste lotte per una radicale trasformazione delle pratiche psichiatriche e dell'internamento manicomiale, una volta che sono state fatte proprie dal movimento operaio e dai sindacati, hanno portato a vittorie cruciali:

Siamo giunti al punto in cui la nostra azione è diventata legge dello Stato. [...] una legge che proibisce la costruzione dei manicomi e stabilisce l'eliminazione nel tempo di quelli esistenti. Questa è stata una grande vittoria della classe operaia, che ha forzato il parlamento a votare una legge che porta la problematica sociale all'interno della medicina⁷.

Contro le logiche populiste dell'epoca contemporanea, l'appunto di Basaglia suona limpido: «è molto facile attraverso un comizio o un discorso pubblico manipolare le persone», ottenere un certo tipo di «reazione popolare». È invece difficile coin-

⁴ *Ivi*, p. 39.

⁵ *Ivi*, p. 41.

⁶ F. Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffello Cortina Editore, Milano 2000 (I ed. 1984), p. 6.

⁷ *Ivi*, p. 16-17.

volgere le persone come mezzo per essere sostenuti in un lavoro pratico di «trasformazione istituzionale»⁸.

Epperò questo significa istituire: organizzare le pratiche di trasformazione sociale. Se necessario anche qualora queste significhino, come Basaglia non smette di ripetere – con una parola molto forte – “violentare” la società. Se la società non è un dato, se la sociologia non è la scienza che studia le istituzioni come date, ecco che si aprono le porte della trasformazione e si aprono nelle pratiche, la cui parola d'ordine nel caso del manicomio è: «Aprire l'istituzione»⁹.

Entro questa eterogeneità, la proposta è quella di sostare sul ruolo che l'azione volontaria ha assunto nel processo della deistituzionalizzazione, individuando nel *volontariato* le caratteristiche del «lavoro negativo» inteso come pratica istitutiva capace di stare nelle contraddizioni sociali e politiche più generali di cui le istituzioni sono espressione. Tale operazione ben si accorda con l'importanza, sottolineata da Franca Ongaro Basaglia, di pensare l'*implementazione* della legge 180 come un processo complesso in cui l'azione legislativa si è unita a forme inedite di alleanze, attivazione popolare e coinvolgimento di un insieme composito di soggetti sociali¹⁰.

Risuonano qui le parole di Toni Negri quando dice:

Per istituzionalità proletaria intendo la possibilità di attivare funzioni complesse di organizzazione alternativa a quella del comando capitalistico, e comunque di azione antagonista. La matrice logica è qui puramente pratica, determinata, vera [...]. Chiamo lavoro negativo il potenziale sociale di antagonismo¹¹.

Di questo lavoro, che è negativo in quanto nega il comando stesso e cioè si pone nei confronti di esso in modo antagonistico, tuttavia la qualità della negatività non basta a spiegare i modi: Negri stesso lo afferma quando dice che è anche un lavoro “positivo”¹², se per positivo si intende quello che oggi noi vogliamo chiamare istitutiva e, cioè, «una azione [...] che introduce il nuovo, il diverso»¹³ che riattiva e che trasforma, che non ha a che vedere con alcuna origine individuale ma con le molteplicità del sociale. Istituire è attivare nuove forme, è innescare delle lotte. Su questo sarà necessario ritornare in modo approfondito ma vale la pena sin d'ora richiamare

⁸ *Ivi*, p. 19.

⁹ *Ivi*, p. 26.

¹⁰ F. Ongaro, *Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni*, in M.G. Giannichedda, F. Ongaro (a cura di), *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti e modelli di servizio*, FrancoAngeli, Milano 1987, pp. 38-54.

¹¹ T. Negri, *Lavoro negativo e istituzionalità proletaria*, in T. Negri, *Macchina tempo. Rompicapi liberazione costituzione*, Feltrinelli, Milano 1982, pp. 207-230, pp. 208-211.

¹² *Ivi*, p. 212.

¹³ *Ivi*, p. 212.

che «il lavoro negativo costituisce la cellula di un'altra forma dell'esistente»¹⁴.

Il periodo storico che qui ci interessa maggiormente, tra il 1978 e la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici nel 1999, è stato esplorato molto meno rispetto a quello che va dal 1961 – anno in cui Franco Basaglia entrò come direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia – all'approvazione della legge 180. Appare dunque fondamentale setacciare i documenti di cui già disponiamo – testi, pubblicazioni, interviste – nell'ottica di immaginare una nuova traiettoria di discesa negli archivi guidata dalla volontà di individuare quegli indizi singolari costituiti dalle testimonianze di pratiche quotidiane, saperi incarnati, corpi e storie che si incardinano in un'epistemologia del dettaglio di questa seconda fase, seguendone le tracce in accordo a un paradigma indiziario¹⁵.

L'importanza del ruolo del volontariato nei processi di deistituzionalizzazione è stata recentemente esplicitata da Pierangelo Di Vittorio nel raccontare il rapporto che lega la sua attività filosofica all'eredità di Franco Basaglia¹⁶. Di Vittorio arriva a Trieste negli anni Novanta come volontario del servizio civile: la cosiddetta “istituzione inventata” diretta da Franco Rotelli è un dispositivo in piena elaborazione che quotidianamente si propone di ampliare e riconfigurare le tipologie di azioni e di scambi sociali che tengano vivo il rapporto tra la cura della malattia mentale e le possibilità di emancipazione sociale attraverso l'arte, il lavoro, la partecipazione a sperimentazioni abitative autonome e ad attività “reali” a contatto con la cittadinanza esterna al circuito della cura¹⁷.

I volontari e le volontarie che Di Vittorio incontra a Trieste negli anni Novanta sottraggono l'utenza dei servizi di salute mentale alla relazione tecnica che ricondurrebbe ogni situazione al “terapeutico”: le attività finalizzate ai percorsi di abilitazione e socializzazione non sono svolte da tecnici “psy” ma sono reali, si svolgono cioè in contesti sociali attraversati dalla cittadinanza, senza le mistificazioni dell'ambiente “protetto”; i volontari ingaggiano un confronto con la malattia mentale sottratto alla sua razionalizzazione medica, per approfondire percorsi di ricerca interiore¹⁸.

Per comprendere il ruolo del volontariato bisogna contestualizzare la realizzazione della riforma psichiatrica nella fase di “riflusso” degli anni Ottanta e Novanta: come ricorda Annacarla Valeriano, Franca Ongaro parlò di mancata realizzazione della legge 180, e più in generale della riforma sanitaria (legge 833) che ne incorporava i principi, per «inerzia, ignavia e inefficienza» dei governi e di molte ammini-

¹⁴ *Ivi*, p. 213.

¹⁵ C. Ginzburg, *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in C. Ginzburg, *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia*. Einaudi, Torino 1986 (1979), pp. 158-209.

¹⁶ M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia: un intellettuale nelle pratiche*, Feltrinelli, Milano 2024.

¹⁷ F. Rotelli (a cura di), *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, alphabeta Verlag, Merano 2015.

¹⁸ M. Colucci, P. Di Vittorio, *op. cit.*

strazioni locali e regionali¹⁹. D'altra parte la legge 180 non prevedeva sanzioni per amministratori e operatori non ottemperanti, il che consentì «ogni possibile manovra di boicottaggio»²⁰; né offriva riferimenti espliciti alle risorse necessarie per le nuove strutture extra-ospedaliere e tempi certi per la loro istituzione o modalità per la formazione del personale. In questo contesto il volontariato svolse un ruolo fondamentale nella ricerca e costruzione attiva di servizi e pratiche innovative, anche in assenza di una mobilitazione diffusa. Contestualmente emersero però le ambiguità e i rischi legati all'istituzionalizzazione del Terzo settore e alla sua spoliticizzazione, in un quadro sempre più funzionale al mercato e alla riduzione della spesa pubblica.

2. *Il volontariato come lavoro negativo*

Robert Castel analizzò il peculiare apporto delle figure volontarie nella prima fase della deistituzionalizzazione:

[...] una psichiatria politica – e con questo voglio intendere un settore della divisione del lavoro, cosciente del fatto che adempie un mandato sociale avente per scopo l'esclusione e la normalizzazione, e che rifiuta questo mandato – deve infrangere questo monopolio degli specialisti competenti, ripreso anche dalla psicanalisi. Questa è per esempio la funzione affidata ai “volontari” come esistono a Trieste nelle “équipe” terapeutiche. Non sono una nuova categoria di tecnici, non rappresentano una nuova specializzazione in una divisione accademica del sapere. Presenti e disponibili nei servizi, senza essere tenuti a interpretare da un punto di vista medico ciò che vi succede, funzionano come *analizzatori socio-politici della situazione istituzionale*²¹.

Il concetto di «analizzatori» rimanda a un altro testo, contenuto in *Crimini di Pace*: quello di René Lourau sui «lavoratori del negativo», nel quale il lavoro negativo diviene la cifra politica di ciascun operatore che nelle istituzioni articola la valorizzazione del sapere delle persone internate e l'obiettivo più generale del cambiamento della società che le esclude. Gli «analizzatori» sono

[...] gli elementi della struttura sociale il cui effetto è di produrre una conoscenza sociale di queste strutture, conoscenza generalmente disprezzata dalla scienza ufficiale come pure dalla dottrina dei politici. Il rango del «social scientist», del ricercatore pratico esperto di scienze sociali viene allora spostato: dalla sua posi-

¹⁹ A. Valeriano, *Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia*, Donzelli, Roma 2022, pp. 54-55.

²⁰ *Ivi*, p. 63.

²¹ R. Castel, *La contraddizione psichiatrica* in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino 1975, pp. 171-189, p. 188, (corsivo nostro).

zione di analista della società, con le sue implicazioni ed i suoi obiettivi razionali, esso tende, silenziosamente o non, le braccia verso quegli elementi devianti, verso quelle anomalie, quei travimenti, quelle negazioni dell'ordine esistente²².

Siamo in una fase in cui le esperienze di smantellamento delle istituzioni manicomiali hanno richiamato un gran numero di figure il cui portato "tecnico" si riarticola e si ridefinisce a vantaggio di una più complessiva adesione al progetto politico.

A Gorizia perlomeno si tende a un rapporto diverso da quello autoritario, sia tra i membri dell'équipe medica, che nei rapporti con i pazienti e gli infermieri. Si tende a ridurre il ruolo del medico in quello di un tecnico [...]. L'entusiasmo che suscita questo tipo di lavoro deriva anche dai suoi aspetti volontaristici e "umanitari", ma soprattutto, mi sembra, per uscire dal neofitismo, dai suoi corollari politici²³.

Lo scritto di Lourau va situato entro il quadro della psicoanalisi istituzionale, applicata alla riflessione sul ruolo dell'intellettuale; il quesito è se si possa cambiare qualcosa delle istituzioni agendo all'interno di esse. Lourau mostra come l'oggetto di riflessione che accompagna le pratiche debba essere individuato nel rapporto di implicazione che collega l'agente al suo «*campo d'intervento*» e, attraverso questo campo, all'insieme del campo sociale che, in ogni caso, costituisce il suo «*campo d'analisi*»²⁴, ovvero all'insieme delle determinazioni globali, strutturali, del sistema che agiscono e hanno degli effetti nella dimensione micro-sociale, senza confondere tuttavia i due campi a livello concettuale. Il nucleo pratico del lavoro del negativo consiste nell'analisi della portata simbolica delle azioni locali e puntuali che «*rivela[no] le contraddizioni del sistema*» e costituiscono «*la negatività rimossa, che diventa cosciente in quanto rimossa*»²⁵.

Carmen Roll incarna la continuità tra volontariato, lavoro negativo e militanza. Il suo arrivo a Trieste alla fine del 1976, dopo essere uscita di prigione per vicende legate al conflitto politico che attraversava la Repubblica federale tedesca, è legato alla lettura della traduzione italiana del libro curato da Franco Basaglia, *L'istituzione negata*.

Ero cittadina libera, non ero una rifugiata politica. Ho chiesto di poter collaborare [...]. Si poteva parlare più che di lavoro di militanza. Non mi sono mai definita una volontaria. A Trieste Basaglia però è riuscito a creare l'istituto del volontario

²² R. Lourau, *Lavoratori del negativo, unitevi!*, in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace*, cit., pp. 191-212, p. 197.

²³ Lucio Schittar si esprime così in N. Vascon, *Introduzione documentaria*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 13-110, p. 87.

²⁴ R. Lourau, *op. cit.*, p. 192 (corsivi originali).

²⁵ *Ivi*, p. 197.

che per l'istituzione era la chiave per poter accogliere gente dentro l'équipe che non fosse dipendente della provincia. [...] Io devo dire che non ho mai avuto un'identità da volontaria, mi consideravo più una militante. [...] Dopo un mesetto che ero lì, nelle riunioni si è iniziato a parlare della necessità che potevano avere alcune persone di fermarsi qualche giorno. «Ma potrebbe dormire qua» «ma non c'è il servizio notturno» «ma c'è Carmen!». Finì che dopo circa un mese e mezzo che ero lì ho fatto le notti ininterrottamente per quattro/cinque mesi anche con tre/quattro persone ricoverate. Poi sono stata «liberata» dal dottor Dall'Acqua perché a un certo punto non era più possibile... Io ero lì dentro 24 ore su 24 più o meno. Per me ovviamente è stata una scuola incredibile. [...] Si potrebbe discutere per ore della mia non professionalità. La non professionalità in salute mentale è una grande risorsa perché, per esempio, la gente ricoverata, con la mia presenza, si sentiva più tranquilla, ero troppo strana io. Non ero individuabile, non ero identificabile. Cosa pensavano loro che fossi io? Non lo so²⁶.

Un'ulteriore testimonianza della presenza di un volontariato politicizzato la fornisce Valerio Minella:

A Trieste cominciamo un lavoro pazzesco. Da un lato c'è il Servizio Civile che facciamo dentro l'ospedale, dall'altro passiamo i pomeriggi a confrontarci e discutere, per capire che il Servizio Civile non può essere crumiraggio ma qualcosa che stimola la domanda di lavoro. [...] Il rischio è di sostituire dei lavoratori. [...] Noi invece diciamo che quelli degli obiettori devono essere lavori extra, mansioni eccedenti, per soddisfare esigenze esistenti ma non contemplate fra i servizi forniti dagli enti. L'obiettivo è che quando l'ente smette di erogare il servizio perché l'obiettore se ne va, l'utenza chieda di assumere qualcuno per proseguire quel lavoro²⁷.

Giuseppe Micheli ha proposto una lettura sull'influenza del volontariato nell'azione di deistituzionalizzazione secondo cui la posizione di Basaglia è attraversata da una tensione tra l'attenzione alla specificità della sofferenza e l'azione sui determinanti sociali. Con l'esplosione internazionale (segnata dall'uscita di *Crimini di pace* nel 1975) e il maggiore afflusso di volontariato richiamato da essa, si verifica uno slittamento che finirà per caratterizzare la via triestina alla deistituzionalizzazione, che privilegiò gli aspetti politico-sociali a svantaggio della specificità psicopatologica. Secondo Micheli tale orientamento starebbe alla base della perdita di interesse per la produzione teorica sulla psicopatologia che ha caratterizzato la psichiatria riformata italiana²⁸.

²⁶ L. Betti, *Istituzioni e de-istituzioni. Tra manicomi, territorio e promozione della salute*, in «gli asini», 19 giugno 2020: <https://gliasinirivista.org/istituzioni-e-de-istituzioni-tra-manicomi-territorio-e-promozione-della-salute/> (ult. cons. 22/07/2025).

²⁷ V. Minnella, *Se vi va bene bene se no seghe. Dall'antimilitarismo a Radio Alice e ancora più in là*, Alegre, Roma 2023, pp. 133-156.

²⁸ G.A. Micheli, *In terra incognita. Disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis, Milano 2024.

3. Le ambiguità della seconda fase e il welfare mix

La seconda fase della deistituzionalizzazione è caratterizzata dall'assenza dei «luoghi di confronto»²⁹ che avrebbero dovuto garantire l'elaborazione comune tra le esperienze avanzate; alla fine degli anni '80 erano evidenti i limiti riscontrati nella «politicizzazione della medicina» perseguita dai movimenti: secondo Marcello Cini gli sforzi fatti per «trasferire all'esterno le conoscenze, le situazioni, le esperienze dei gruppi operai più avanzati sono falliti»³⁰. Agostino Pirella rifletteva sul fatto che la linea della negazione istituzionale e della pratica di rovesciamento «si è rapidamente indebolita subito dopo l'approvazione della legge 180»³¹; notava come fosse stata sottovalutata l'evoluzione postfordista dei sistemi produttivi, che avrebbe modificato il terreno di gioco delle proposte di trasformazione³². Franca Ongaro individuava la perdurante contraddizione tra una struttura universalistica dei diritti sociali – introdotta dalla legislazione del 1978 – e la persistenza di un modello medico egemone che riduceva i bisogni a un processo univoco di «invalidazione e tutela»³³, senza mettere in discussione la radice politica delle disuguaglianze sociali. Tommaso Losavio – impegnato negli anni Ottanta e Novanta nel difficile processo di implementazione della legge 180 a Roma – denunciava che, anche negli ambienti più progressisti, i corpi professionali non avevano abbracciato i principi della riforma per preservare i loro interessi corporativi. Questo atteggiamento produceva «effetti sinistri alimentando falsi bisogni e la domanda di quelle cure psichiatriche, criticate solo a parole, che avevano prodotto manicomio e abbandono»³⁴.

Negli anni Ottanta Psichiatria democratica fu animata dal dibattito tra «servizio forte» e «servizio debole» (ovvero «servizio tenda», come lo definisce Losavio³⁵, e «servizio diffuso», secondo l'espressione di Pirella³⁶). Il servizio forte mirava a gestire attraverso il centro di salute mentale (Csm) l'insieme delle attività vitali delle persone prese in carico (abitare, lavoro, socialità); il servizio debole propugnava un

²⁹ G.F. Minguzzi, [nota s.t.] in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 261-268.

³⁰ M. Cini, *La costruzione della scienza e la responsabilità dei soggetti scientifici*, in *Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre*, Centro per la Salute «Giulio A. Maccacaro» s.r.l. editore, Castellanza 1988, pp. 12-27.

³¹ A. Pirella, *L'inesauribile estensione e la linea «forte»*, in V. D'Anza, A. Oddati (a cura di), *Scienza operatività didattica. Atti delle giornate nazionali di studio di Psichiatria democratica (Eboli 21-23 marzo 1986)*, Edizioni 10/17, Salerno 1988, pp. 183-202; ora in A. Pirella, *L'inesauribile estensione e la linea «forte»* (1986), in «Aut Aut», LXIX (2020), n. 385, pp. 41-59, p. 43.

³² *Ivi*, p. 44.

³³ F. Ongaro, *Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni*, in M.G. Giannichedda, F. Ongaro (a cura di), *Psichiatria, tossicodipendenze, perizia*, cit., pp. 38-54.

³⁴ T. Losavio, *Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma*, ETS, Pisa 2021, p. 27.

³⁵ *Ivi*, p. 68.

³⁶ A. Pirella, *L'inesauribile estensione e la linea «forte»*, cit., p. 44.

intervento minimale del servizio sanitario, con l'azione territoriale che si sarebbe dovuta svolgere in modo immediatamente de-medicalizzato, costruendo opportunità di vita al di fuori di una chiara affiliazione al servizio³⁷.

Dietro questo dibattito vi era la consapevolezza delle «strategie di recupero» del terreno istituzionale franato», con i conseguenti rischi di «ritecnicizzazione» delle risposte psichiatriche nei servizi riformati³⁸. Pirella osservava come, nonostante le dichiarazioni, si sviluppavano soluzioni pratiche (residenze intermedie, reparti, cliniche universitarie) che rischiavano di recuperare terreno istituzionale, offrendo alla psichiatria una nuova legittimazione pseudoscientifica che avrebbe potuto far dimenticare lo smascheramento critico operato dalla pratica anti-istituzionale e il suo legame con una visione politica più ampia di liberazione³⁹.

Il decentramento dei servizi di salute mentale sul territorio, sviluppatosi negli anni di elaborazione delle riforme e formalizzato nella legge n. 833 del 1978, fu un processo carico di ambivalenze, come era stato notato in anticipo sui tempi da Carlo Manuali: non si trattava di una semplice dislocazione geografico-amministrativa ma comportava una riduzione dell'orientamento alle contraddizioni politiche della collettività nella gestione dei servizi⁴⁰. Riccardo Ierna ha mostrato come l'assenza o l'insufficienza di una riflessione su tali ambivalenze abbia contribuito ad aprire la strada alle distorsioni privatistiche e alle logiche di delega prestazionale che hanno caratterizzato larga parte delle successive configurazioni del welfare⁴¹.

Questa fase ha visto l'ampliamento della fascia di marginalità improduttiva nella popolazione che è diventata soggetto e oggetto privilegiato delle formule emergenti di welfare mix: nonostante gli intenti innovativi originari, la mancanza di una

³⁷ Cfr., in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, i contributi: D. Casagrande, G. Gabriele, *Politica dell'intervento e intervento della politica*, pp. 135-145; A. Lanteri, *La comunità terapeutica diffusa*, pp. 209-213; M.G. Giannichedda, *Sul servizio psichiatrico «forte» e sul potere della psichiatria*, pp. 231-238; R. Mezzina *et alii*, *Saperi e pratica territoriale*, pp. 321-336; A. Pirella, *Appunto sulla «società terapeutica». Organizzare un servizio psichiatrico «forte»?», pp. 125-134. Riccardo Ierna fa notare che è necessario riconsiderare le riflessioni di quegli anni sul funzionamento dei servizi territoriali rimettendo al centro il tema dell'impermanenza del servizio: «chi continua a parlare oggi di buone pratiche e di buon servizio, anche riferendosi al passato, fa un'operazione rischiosa che è quella di confondere l'ideologia con l'utopia concreta di una prassi che non si dà mai in modo assoluto, richiudendo definitivamente in un codice proprio quel momento felice in cui potremmo cominciare ad affrontare i problemi in modo diverso», R. Ierna, *La salute mentale italiana fra decentramento e partecipazione*, Dinamopress: <https://www.dinamopress.it/news/la-salute-mentale-italiana-fra-decentramento-e-partecipazione/> (ult. cons. 24/072025).*

³⁸ A. Pirella, *L'inesauribile estensione e la linea «forte»*, cit., p. 46.

³⁹ *Ivi*, pp. 43-51.

⁴⁰ C. Manuali, *Chiusura dell'O.P. e prospettive di una scienza nuova*, in «Salute!», II (2003), n. 3, pp. 32-63, p. 33.

⁴¹ R. Ierna, *op. cit.*

riflessione critica approfondita sulla natura di questa «quadratura del cerchio»⁴² ha consentito che ampi settori del pubblico venissero «appaltati al Terzo Settore e al privato imprenditoriale aprendo di fatto un nuovo mercato nella riabilitazione post-manicomiale»⁴³. Esso è divenuto una zona grigia accogliente per l'istituzionalizzazione del precariato, uno strumento per la dismissione dei costi pubblici e per la riduzione delle tutele della forza-lavoro. L'assenza di una epidemiologia critica delle istituzioni ha impedito di analizzare adeguatamente come queste nuove configurazioni istituzionali stessero riproducendo, in forme diverse, le logiche di esclusione e controllo del passato.

La mancata elaborazione e riflessione critica su queste ambivalenze, l'indebolimento della dimensione politico-teorica a favore di un'identità solo pragmatico-organizzativa e la difficoltà a modificare la cultura medica e a costruire saperi collettivi capaci di informare le istituzioni hanno creato le condizioni ideali affinché le logiche di mercato e la ritecnicizzazione tornassero a riempire il vuoto lasciato dalla dismissione del manicomio e dalla fragilità di un decentramento non sufficientemente radicato in una prassi basata sulla trasformazione collettiva dei territori.

4. Repressione e prassi istituyente nella crisi del welfare

Nel 1981 Toni Negri fu invitato da Franco Rotelli a tenere una relazione al convegno intitolato *I sistemi sociosanitari nella crisi del welfare state*. All'epoca Negri si trovava recluso nel carcere di Rebibbia e partecipò al convegno con una relazione dal titolo *Deistituzionalizzazione politica, lavoro negativo e istituzionalità proletaria*, poi pubblicato nella raccolta *Macchina tempo*⁴⁴. L'intervento di Negri si situa in una ideale continuità con i temi dei lavoratori del negativo espressi da Lourau ma in un'ottica rinnovata in cui il lavoro negativo si identifica con le nuove forme di militanza che sembrano possibili nell'*istituzione inventata* diretta da Franco Rotelli dopo l'inasprirsi della fase repressiva ai danni dell'esperienza dell'Autonomia operaia. Nell'intervento Negri parte dalla tesi dell'integrazione sociale di produzione e riproduzione e prosegue analizzando la centralità assunta dal settore terziario e dall'informazione nella ristrutturazione capitalistica successiva alla crisi dell'assetto fordista dei primi anni Settanta.

⁴² Ota De Leonardis parla di quadratura del cerchio per descrivere la concomitante presenza della moltiplicazione dei problemi sociali e della crescita economica senza occupazione. In questo contesto il welfare mix diverrebbe una sofisticata strategia di ingegneria sociale per tenere insieme la crisi dello stato sociale e l'orientamento al mercato di un nuovo "sociale" fondato sul massiccio intervento del terzo settore. O. De Leonardis, *In un diverso welfare. Sogni e incubi*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 69.

⁴³ R. Ierna, *op. cit.*

⁴⁴ *Deistituzionalizzazione politica, lavoro negativo e istituzionalità proletaria* è in seguito stato pubblicato con il nuovo titolo T. Negri, *Lavoro negativo e istituzionalità proletaria*, cit., pp. 208-211.

Secondo Negri in questa ristrutturazione si compie il passaggio dal *welfare state redistributivo* al *warfare* (cioè, in questo contesto, uno stato di *guerra interna* e di *gestione securitaria del sociale*). Da questa analisi Negri trae alcune conseguenze rilevanti per la riflessione in corso nei servizi di salute mentale di Trieste: la prima è che i «nuovi fenomeni di immiserimento e marginalizzazione» non devono essere letti secondo «vecchie categorie di esclusione»⁴⁵. La seconda è che, in assenza di potere redistributivo sulla ricchezza sociale, le vecchie strutture keynesiane e la mediazione partitica rimangono in piedi ma cambiano radicalmente di segno: esse servono ora a programmare le componenti corporative e repressive. In questo contesto si nega il precedente equilibrio tra sviluppo capitalistico e distribuzione del benessere: i precedenti contenuti progressisti che avevano orientato la fase delle riforme, come quello «formale e giacobino di salute pubblica»⁴⁶, assumono tratti parossistici.

Negri riconosce che i processi empirici di deistituzionalizzazione esprimono anche il forte potenziale critico del lavoro negativo, inteso come il rifiuto dell'esistente concretamente praticato da un gran numero di persone giovani che in quegli anni trovavano nelle nuove pratiche di alternativa alla psichiatria una forma di resistenza militante; tuttavia, la deistituzionalizzazione nel suo complesso va letta anche dal punto di vista capitalistico, all'interno di questa crisi del welfare state. È, secondo Negri, una «trasformazione sostanziale delle forme democratiche di dominio del sociale» che va letto come tentativo di realizzare una «istituzionalità capitalistica tout court»⁴⁷.

Al di là delle reazioni negative suscitate all'epoca (come quelle del Pci e della stessa Franca Ongaro⁴⁸), le tesi di Negri rimangono uno stimolo necessario per comprendere la complessità teorica e politica dietro ai processi di deistituzionalizzazione psichiatrica e richiamano l'attuale necessità di riflettere sulle ambiguità dei processi

⁴⁵ *Ivi*, p. 211.

⁴⁶ *Ivi*, p. 209.

⁴⁷ *Ivi*, p. 210.

⁴⁸ Nell'edizione definitiva dell'intervento si aggiunse il «trafiletto» apparso su «l'Unità» di sabato 4 luglio 1981: «*Proteste ad un convegno: interviene Negri (dal carcere)*. Roma – un intervento scritto di Toni Negri, inviato dal carcere dove si trova recluso, al convegno che si è svolto a Trieste [...] sta suscitando polemiche e reazioni. L'intromissione di Toni Negri nel convegno, che ha avuto il patrocinio degli enti locali e del Cnr e registrato la partecipazione di illustri studiosi anche di livello internazionale, sarebbe potuto passare inosservato se non ne avesse dato comunicazione pubblica il direttore dell'ospedale psichiatrico di Trieste, prof. Franco Rotelli, che in quel momento presiedeva i lavori. L'iniziativa del prof. Rotelli ha subito suscitato la protesta della vedova di Franco Basaglia, Franca Ongaro, e del direttore dell'istituto di psicologia del Cnr, Raffaello Misiti. Per parte loro i compagni Sergio Scarpa e Ferdinando Terranova, che al convegno hanno rappresentato la sezione ambiente e sanità del Pci, hanno dichiarato: "Noi giudichiamo gravissimo questo episodio e ci dissociamo perciò dal citato convegno chiedendo che, nell'ipotesi che venga mantenuta ferma l'intenzione espressa di pubblicare il testo di Toni Negri negli atti, ne vengano invece omissi gli interventi da noi pronunciati"». *Ivi*, p. 207.

di innovazione nelle politiche sanitarie e sociali, in particolare su temi contemporanei come il territorio, la comunità e la partecipazione. Questa vicenda offre inoltre uno spaccato sulla collocazione politica dell'*istituzione inventata* triestina e sui conflitti accesi che essa suscitava negli anni Ottanta, anche e soprattutto all'interno degli ambienti di sinistra.

Un ultimo indizio su cui è utile tornare per ricostruire la relazione tra l'esperienza di Trieste e la forma ibrida che una parte della militanza autonoma trovò nella fase successiva al Processo del 7 aprile negli anni '80 è l'omicidio di Pietro "Pedro" Greco. Pedro, militante dell'Autonomia operaia, venne assassinato il 9 marzo 1985 con numerosi colpi di pistola sparati da distanza ravvicinata nell'androne di casa e per strada da agenti del Sismi e del Sisde. Il giorno dopo l'uccisione la Questura diede luogo ad un rastrellamento presso l'ex ospedale psichiatrico di San Giovanni. Franco Rotelli denunciò la natura violenta e capziosa dell'operazione parlando ai microfoni dell'emittente Radio Sherwood, sottolineando la gestione volta a creare un senso di emergenza (la Questura parlava di "covi di terroristi" all'interno dell'ex ospedale) e criticando i fermi ai danni di persone con rapporti di lavoro con i servizi.

I conflitti che hanno attraversato la Sinistra in Italia sul finire degli anni Settanta costituiscono un ambito fondamentale per capire l'andamento delle politiche di salute mentale oggi: le vicende che ruotano attorno all'omicidio di Pedro autorizzano a connettere l'archivio della deistituzionalizzazione triestina con quello del Processo del 7 aprile, inserendo la figura di Negri nel più ampio quadro dei conflitti politici e sociali del periodo legati all'esperienza basagliana e mostrando come l'esito delle lacerazioni che quella vicenda produsse nella società italiana si riverberarono anche nella psichiatria progressista impegnata nella difficile "implementazione" della riforma.

5. Conclusioni

Gli anni Ottanta e Novanta, nell'orizzonte del riflusso e della reazione, sono stati tuttavia un periodo di sperimentazioni giocate nella dialettica di *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*, che in questo modo Michel Foucault aveva esortato:

Bisogna trasformare l'ambito delle istituzioni sociali in un vasto campo sperimentale, in modo da determinare quali sono le leve da girare e i bulloni da allentare qui e là, per introdurre il cambiamento auspicato; bisogna davvero cominciare un'opera di decentralizzazione, per esempio, per associare gli utenti ai processi decisionali, evitando così questa specie di grande integrazione globale, che lascia le persone nella completa ignoranza di tutto ciò che condiziona questo o quel provvedimento. Dunque, bisogna moltiplicare il più possibile le esperienze su questo terreno, particolarmente interessante e importante, del socia-

le, considerando che, probabilmente, tutto un complesso istituzionale, oggi fragile, dovrà essere ristrutturato da cima a fondo⁴⁹.

Riaprire oggi la storia della seconda fase della deistituzionalizzazione, mettendo a fuoco i vari orientamenti che ha assunto e le varie funzioni che in essa ha svolto il volontariato, è una delle azioni indispensabili per perseguire quell'opera di *demonumentalizzazione* oggi necessaria ad affrontare i problemi del presente⁵⁰.

Leggere la varietà delle soggettività collettive coinvolte nell'azione volontaria che ha permesso di "fare" la legge 180 nei vent'anni successivi alla sua approvazione può inoltre portare ad una comprensione più profonda della condizione frammentaria odierna dei servizi di salute mentale e della difficoltà di costruire un discorso scientifico condiviso su di essi.

⁴⁹ M. Foucault, *Un système fini face à une demande infinie*, in R. Bono (édité par), *Sécurité sociale: l'enjeu. Entretiens avec Robert Bono*, Paris, Syros 1983, pp. 39-63 (trad. it. di S. Loriga, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*, in M. Foucault, *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste. 3 1978-1985. Estetica dell'esistenza, etica, politica*, a cura di A. Pandolfi, Milano, Feltrinelli 1998, pp. 185-201, p. 190).

⁵⁰ P. Di Vittorio, *Costellazioni*, cit., pp. 205-214.

Memorie del Tso

Federica Nota

Fui quindi internata a mia insaputa, e io nemmeno sapevo dell'esistenza degli ospedali psichiatrici perché non li avevo mai veduti, ma quando mi ci trovai nel mezzo credo che impazzii sul momento stesso in quanto mi resi conto di essere entrata in un labirinto dal quale avrei fatto molta fatica ad uscire¹.

Questo brano, tratto dagli scritti della poetessa Alda Merini, rappresenta una testimonianza evocativa dell'internamento. In poche righe, l'autrice riesce a trasmettere al lettore il forte senso di angoscia e sconforto provato nello incontro-scontro con il manicomio. Dapprima mette a tema come spesso l'avvio di tali ricoveri avvenga all'improvviso e all'insaputa dei pazienti stessi; in secondo luogo, lascia ampio spazio alla descrizione del suo sentire, a cosa ha provato nell'affrontare quest'esperienza. La metafora del «labirinto», posto angusto e disorientante, fa sì che nelle sue parole risuoni in qualche misura ciò che Goffman definì come la carriera morale del malato di mente². Questa è da intendersi infatti come l'esito di un processo sociale e psicologico a cui vanno incontro tutti coloro che entrano in contatto con l'istituzione totale. Attraverso i rituali di degradazione dell'identità e l'adattamento forzato alle regole istituzionali i malati si trasformano in soggetti dipendenti dall'istituzione stessa. L'autore descrive come durante le fasi principali della carriera (quella *pre-degente*, quella *degente* e infine quella *ex-degente*) l'istituzione totale produca effetti di stigmatizzazione e alienazione, andando a modificare e influenzare profondamente l'immagine del sé del malato, quindi la sua autopercezione e posizione nella società.

Gli aspetti sopradescritti sono stati l'oggetto di una *quick ethnography* che ho realizzato a Torino tra 2022 e 2023. Come si evince dal titolo di questo contributo, lo studio indaga la percezione di coloro che hanno fatto esperienza di un Trattamento sanitario obbligatorio, incarnata o restituita tramite quella di un familiare

¹ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, Milano 2007 (I ed. 1986), p. 14.

² E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino 2001 (I ed. 1968).

stretto, dunque di utenti e *caregivers*. Attraverso l'analisi delle loro narrazioni è stato ricostruito cosa fosse per i partecipanti la "cura", spesso percepita in termini di cure, cioè prettamente farmacologica e standardizzata, piuttosto che di *care*, e perciò capace di rispondere – a loro avviso – alle vere esigenze individuali dei pazienti. In secondo luogo, sono state sollevate considerazioni di natura socio-giuridica al fine di riflettere su come e in che grado venga tutelata la garanzia dei diritti dei malati nei momenti di maggiore criticità. Con tale ricerca si è esaminato quindi se sia ancora possibile riscontrare l'istituirsi della carriera morale goffmaniana all'interno dell'attuale sistema di cura e presa in carico psichiatrica, ovvero forme odierne di cronicità istituzionalizzata interpretabili come effetti iatrogeni della cura. Nello specifico, si è provato a comprendere se il modo entro il quale si manifesta (o meno) l'*agency* del paziente – intesa come autodeterminazione nel proprio percorso terapeutico al netto di considerazioni cliniche – possa influire sul consolidarsi e rinforzarsi di percorsi di cronicizzazione senza via di uscita³.

Questo contributo non intende presentare i risultati dello studio condotto, ma si pone piuttosto l'obiettivo di *advocacy*, ovvero di dare voce alle "pazze", ai "pazzi" e ai loro familiari. Verranno proposti degli stralci di intervista eloquenti non solo nel restituire come alcune pratiche di cura attuali prendano forma in modo altamente coercitivo – evidenziandone quindi il mandato di controllo piuttosto che di cura – ma capaci soprattutto di mettere in luce alcuni elementi fortemente ancorati a un immaginario manicomiale.

Ovviamente, le caratteristiche personali dei partecipanti allo studio sono state modificate al fine di garantire loro la privacy e l'anonimato; i nomi delle persone citate nel testo a esempio saranno di fantasia. Nonostante questo, le storie di cura che verranno proposte sono reali e per questo utili a comprendere cosa sia a oggi un percorso di cura psichiatrica, almeno per come percepito da chi ne fa esperienza. Infine, lo studio delle narrazioni permette di osservare come il processo di deistituzionalizzazione iniziato alla fine degli anni Settanta si sia evoluto e concretizzato nel tempo: all'interno delle storie che sono state registrate è infatti emersa la presenza di diverse pratiche che riproducono un modo di intendere la cura riconducibile al concetto di istituzione totale e al modello manicomiale.

I racconti proposti verranno suddivisi in tre sottoparagrafi intitolati *spazio*, *tempo* e *relazioni*: queste dimensioni rappresentano le tre sfere della vita del malato su cui, secondo Goffman, le istituzioni totali applicherebbero un controllo totalizzante. Le parole dei partecipanti guideranno la riflessione su come, non di rado, questi tre ambiti vengano ancora intaccati all'interno dei percorsi di cura, seppur in maniera differente rispetto al passato. Prima di iniziare con il primo paragrafo, si propone un breve dialogo tra alcuni utenti appartenenti a una associazione.

³ F. Nota, *La psichiatria secondaria: narrazioni di cronicizzazione di utenti e caregiver*, in «Sociologia Italiana AIS Journal of Sociology», XV (2025), n. 27, pp. 9-31.

Luciano: Una cosa che non abbiamo toccato e che secondo me è forse il problema dello spazio, che si apre con una patologia di questo genere, mai ne ho sentito parlare nessuno psichiatra, nessuno psicologo. Non ho mai sentito parlare del problema che riguarda la dimensione tridimensionale in cui si entra quando è un disturbo psichico diciamo così. Nel senso che per quelli che sono sani, o che non vanno al Csm, c'è la vita con delle scadenze, degli obiettivi e degli spazi. Se tu hai la fortuna o la sfortuna di cadere in questo mondo, allora oltre a quella vita che si impoverisce un po' hai un altro spazio tridimensionale che è quello dell'attacco di panico, dell'angoscia sociale. Nel senso, non è una dimensione in cui si vive. Non è solo a due dimensioni, persiste il corpo ma la vecchia vita, secondo me, si impoverisce. È sottoposta a un depauperamento molto forte in termini socialità, in termini di lavoro, in termini di scadenze e sofferenza.

Paolo: In termini di relazione aggiungo!

Raimondo: Non ci hanno preparato, come si suol dire, psicologicamente ad affrontare una dimensione che diventa un film horror all'improvviso, dai connotati realmente orrificici... Nessuno te lo ha spiegato, nessuno te lo ha detto e quell'impatto forse ha peggiorato la cosa...

Luciano: E si apre il tuo mondo, un tuo spazio...

Paolo: Di malato...

Luciano: Sì... Voglio dire, se tu hai una gamba rotta non c'è una procedura da seguire; se uno invece entra in un mondo tridimensionale che ha delle sue caratteristiche e delle conformità, te lo devono dire! A me non lo hanno detto!

Sara: Io insistevo a chiedere «Che cos'è?». Non mi veniva spiegato...

Alberto: Forse è la branca più difficile della medicina, no?! Definire il disagio mentale, perché le altre sono fisiche...

Sara: Le altre sono tangibili...

Luciano, parlando dello spazio tridimensionale in cui entra una persona con il manifestarsi della malattia, tematizza essenzialmente la carriera morale goffmaniana. Parla dei nuovi luoghi, tempi e traguardi che si instaurano con il progredire della patologia e con l'etichettamento di "malato psichiatrico". Questa condizione, a suo avviso, sostituirebbe il vissuto precedente, avviando un nuovo modo di essere ed esistere completamente alternativo. Come argomentato dagli intervistati attraverso il processo d'etichettamento, la persona assumerebbe solamente il ruolo di malato (*sick role*⁴), perdendo tutte le identità altre, per come percepito tanto dagli altri quanto da se stesso – ma ciò verrà approfondito nei prossimi paragrafi.

1. Lo spazio

Nel definire le caratteristiche delle istituzioni totali Goffman evidenziò che

⁴ T. Parsons, *The Social System*, Routledge & Kegan, London 1951.

Primo, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità. Secondo, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose. Terzo, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito che le porta dall'una all'altra, dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione⁵.

Gli aspetti salienti che definiscono l'istituzione possono essere riassunti in un'unica caratteristica principale, ovvero l'essere un luogo totalizzante. La chiusura verso l'esterno favorisce infatti la costituzione di nuovi sistemi autoritari interni, in questo caso in capo all'équipe professionale sanitaria. Inoltre, limita il libero arbitrio dei pazienti – i quali non possono scegliere come dedicare il proprio tempo, né uscire dall'istituto. Questi verrebbero così controllati e assoggettati nei loro movimenti, nelle loro attività quotidiane e infine nelle loro relazioni – ormai limitate a quelle tra pari, in quanto completamente estraniati dalla vita precedente al ricovero. Sebbene quanto descritto dall'autore non sembri concernere la psichiatria moderna, le testimonianze raccolte stimolano una riflessione su possibili punti di contatto tra passato e presente.

Questo paragrafo è dedicato al tema dello spazio, sia inteso come fisico che sociale. In primo luogo, verranno presentati alcuni brani di intervista che approfondiscono il tema dei luoghi della cura: partendo da una descrizione della loro conformazione, saranno presentate anche emozioni e immagini evocate in chi li attraversa. In secondo luogo, si parlerà dello spazio fuori dagli ospedali o dalle comunità residenziali, ovvero dello spazio sociale.

I primi estratti proposti presentano un aspetto apparentemente banale, che però rivela una prima noncuranza rispetto alle esigenze dei pazienti ricoverati, ovvero la poca attenzione al decoro delle strutture di cura. I primi tre testi rappresentano le testimonianze di famigliari che hanno visitato i loro cari in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (da ora Spdc); l'ultima invece appartiene a una paziente che oltre al ricovero ospedaliero ha anche vissuto in una comunità di cura per tre mesi.

Anna: Io avevo un'idea penso assimilabile a quella dei film, quindi degli istituti... che però sono molto vecchi, manicomiali, come quasi di prigionia... Il fatto di aver visto degli elementi simili è stato un confermare quella dimensione lì, quell'immaginario. [...] Non lo so, mi ha un po' rimandato alla reclusione... [*In Spdc*] c'era un pulsante rosso che tu dovevi suonare prima di entrare; per cui ti chiedevano «Chi sei? Che cosa stai venendo a fare?». Poi ti aprivano... E anche per uscire tutto questo. Dentro mi pare ci fosse una guardia, cioè un poliziotto. [...] Eehh... poi tutto grigio, sporco, rotto, rovinato, non c'era neanche una pian-

⁵ E. Goffman, *op. cit.*, p. 145.

ta! Cioè non lo so... Per studi che ho fatto, so che a livello ambientale dovrebbero esserci un sacco di elementi verdi per favorire... Non lo so... La rilassatezza. Zero! Mi ha colpito che in un ambiente che dovrebbe avere quello come principale scopo, non ci fosse qualcosa di minimamente calcolato...

Elisa: Tutto rotto. C'era solo il tavolo, le sedie non c'erano quindi... Questo! Le finestre chiuse, le pareti un casino, perché poi c'era la gente che ci contava i giorni sopra, gente che appiccicava le gomme da masticare... A mia sorella davano fastidio dei disegni che avevano fatto sul muro... E li aveva coperti con le gomme da masticare... Ok... Però poi toglieteli [*riferendosi al personale sanitario*]! [...] Ci sono stati momenti in cui volevo assolutamente che aprissero quella porta, che dovevano aprire, perché non mi sentivo al sicuro! Per me e ogni tanto anche per mia sorella che era lì... Comunque l'ammiravo, perché riusciva a gestire certe cose... Tipo anche... Poi ovviamente anche il ruolo di una bella donna trentenne in un ambiente dove c'era gente di tutte le età, maschi e femmine... Era anche una preda in qualche modo!

Francesca: I muri scrostati, le sigarette, le cose... È stato veramente brutto...

Lucia: Cosa devo dire? Che sono andata in una clinica che sembrava un lager... Una prigione?! Che imbottivano le persone di tranquillanti perché dormissero di notte con trenta gradi nelle stanze?! Che ci chiudevano la porta alle otto e mezza di sera quando la gente poteva star bene perché usciva il fresco?! Cioè, se mi viene in mente un aspetto è questo! Ho passato un'estate... Tre mesi e mezzo in una casa di cura eehh... Non ci potevo credere! C'era la colla delle mosche attaccata alle griglie delle finestre che faceva da para-aria...

Entrambi i soggetti interpellati, *caregiver* e pazienti, descrivono l'impatto con i luoghi di cura in modo negativo; i reparti e le comunità residenziali sembrerebbero ancora avere elementi in comune al manicomio, sia da un punto di vista meramente architettonico – finestre/porte chiuse e mura sporche – sia per l'atmosfera percepita. Alcune intervistate li descrivono infatti rimandandoli al «controllo»; paragonano a esempio l'esperienza percepita nel reparto alla «reclusione» e illustrano dell'uso – e talvolta abuso – di strumenti come la sedazione. Infine, dalle parole di Elisa emerge anche il tema dell'insicurezza nell'attraversare questi luoghi, dovuta probabilmente anche alla forte stigmatizzazione che vi è attorno al disagio psichico. La stigmatizzazione attorno alla malattia mentale è ancora più presente nello spazio in termini «sociali». I prossimi estratti mettono a tema la difficoltà di alcuni utenti nel vivere la propria quotidianità a seguito dell'etichettamento di «pazzi».

Raimondo: Giravo in pigiama per il quartiere. Mi capitava purtroppo di aver delle crisi pesanti e quindi è chiaro che ti stampano sulla schiena la scritta «Idiota, pazzo, fottuto, lunatico» eccetera. [...] La gente sta lì così... Tre secondi, girano la testa e se ne vanno...

Anna: Una cittadina diversa, ma non con dei diritti specifici per tale diversità. E poi avendo assistito a scene, non per mia mamma, ma in spazi pubblici in cui la

gente vuole chiamare la polizia se vede certe scene che io riconduco a come ho visto mia mamma a volte... Non lo so, penso ci sia proprio un'ignoranza gigante... Un visualizzare a volte alcune persone come cittadini con meno diritti di occupare lo spazio per come sono.

Claudio: Sai perché il loro abuso nei confronti di noi pazienti è maggiore? Perché i tedeschi davanti alle case scrivevano vietato gli ebrei. I settentrionali hanno scritto vietato ai terroni. A noi questo scritta non ce l'hanno fatta. Tutto questo avviene nel tacito silenzio.

Paolo: A noi basta che ci rinchiudano in un manicomio...

Claudio: A noi non ci dicono vietato l'ingresso ai pazienti psichiatrici, ma tu entri in certi bar e lo sguardo è quello, capito?

Vengono messi in luce sguardi pregni di giudizio dovuti alla stigmatizzazione nei confronti dei pazienti. La *caregiver* Anna parla di come le persone malate, seppur non segregate formalmente, vengano respinte ai margini della società. Secondo lei, a loro verrebbe riservato un trattamento diverso all'interno degli spazi pubblici – non da detentrici di diritti a pieno titolo – proprio a causa del grande pregiudizio.

2. Tempo

Spesso la linea che metaforicamente dovrebbe tracciare una separazione tra passato e presente, tra ciò che era prima della legge n. 180 del 1978 e il dopo, non è ben definita. Sebbene la rivoluzione basagliana abbia sancito una rottura epocale nei percorsi di cura e presa in carico psichiatrica rispetto al passato, secondo molti utenti questa non sarebbe riuscita nel suo intento di investire con questo cambiamento culturale anche la società nel suo complesso. Ne sarebbe una testimonianza il pregiudizio attorno alle malattie mentali, ancora ricondotte alla pericolosità sociale – come spiegano due utenti durante un dialogo.

Raimondo: [...] Noi siamo associati anche alla droga, alla violenza, alla pazzia...

Claudio: C'è stato un periodo che noi eravamo associati al diavolo, sai? E c'è gente che ancora lo pensa. [...] Ho sentito delle teorie terribili della gente che ancora li porta dall'esorcista e rendiamoci conto se poi c'è stata tutta questa rivoluzione

Seppur diversamente da come avveniva in passato all'interno dell'istituzione manicomiale, la sfera del tempo degli utenti appare ancora oggi plasmata dai percorsi di cura, proprio in ragione della forte stigmatizzazione. Data la diagnosi della malattia, il soggetto entra all'interno di un processo tanto sociale che psicologico che lo porta a mutare il proprio giudizio e immagine di sé. L'etichettamento come "malato" e la conseguente stigmatizzazione danno inizio a un nuovo percorso di vita, molto distante da quelli più "convenzionali".

Come riportato in precedenza, Luciano fa riferimento in modo esplicito al depauperamento vissuto in termini di «scadenze e «obiettivi». L'impoverimento della vita dal punto di vista relazionale e lavorativo comporta necessariamente un'influenza anche sul fattore tempo, il quale non sembra essere più scandito dai soliti ritmi per la mancanza di ruoli altri da quello di malato – una condizione connotata dall'attesa di un auspicato miglioramento o guarigione. Il fattore tempo è strettamente collegato al sociale, in quanto esso viene scandito dai ruoli che una persona può assumere. Molti partecipanti hanno raccontato nelle interviste come spesso non avessero nulla da fare, proprio a causa della forte stigmatizzazione nei loro confronti. Una partecipante racconta, lasciando trapelare tutta la sua frustrazione, la difficoltà riscontrata nella ricerca di un impiego:

Lucia: A me non hanno mai proposto niente (borse lavoro), né in base alla mia problematica e non in base... [...] Io non è che voglio un ruolo eh, cioè non è il discorso di avere un ruolo, è che anche quel poco che c'è... Non ti danno l'occasione di partecipare neanche a quel poco che c'è.

Esprime la sua sensazione di essere lasciata ai margini, non avendo possibilità di trovare un lavoro a causa della sua condizione di alterità. Tale diversità non è solamente percepita come un “problema” all'esterno: spesso sono gli stessi utenti ad auto-stigmatizzarsi. Un'intervistata spiega:

Cristina: C'è uno stigma interno proprio al paziente e alla persona, poi c'è uno stigma esterno insomma. Ma a volte le due cose tendono a unirsi, per cui poi hai vergogna a parlare oppure pensi di essere in qualche modo codificato solo come utente; quindi, ormai sono in quel gruppo lì. Quindi non potrò mai più riscattarmi e passare a un altro...

Lo stigma che si viene a creare sulla malattia mentale è così forte proprio per le ricadute sociali che vi sono associate: l'unico scenario condiviso socialmente riguardo alla malattia mentale è quello di una carriera morale che conduce necessariamente alla cronicizzazione e alla conseguente istituzionalizzazione. Cristina continua:

Io non ho mai chiesto la mia disabilità. Allora... Chiunque soffra di un disturbo mentale come qualsiasi altra cosa può appellarsi alla 104, è un diritto sancito per cui puoi farlo. Chi si è avvalso di questo diritto in realtà lavora. Cioè molti di quelli che vogliono farlo, lavorano... Hanno magari una paga da fame... Oppure chi ha delle borse lavoro riesce a ottenere una paga un pochino più alta... Normalmente quando ti propongono dei piccoli lavori, non so, gestiti dall'Asl ti danno una paga oraria di 2,50 euro per farti render conto. [...] Chi però si avvale della legge 104 ha la possibilità di entrare nelle liste agevolate di occupazione. Io mi sono sempre detta «Ma cavolo, ma se io sono capace di lavorare ho avuto in momenti di fragilità, però sono capace... Perché non posso usare le vie normali di tutti?».

Cristina racconta come lei abbia preferito non avvalersi delle tutele formali che vi sono per trovare un impiego. Spiega come abbia cercato invece di riallinearsi «alle vie normali di tutti», facendo emergere il tema dello stigma interiore che può insorgere negli utenti. Questo aspetto è molto importante se lo si considera associato al fattore tempo, in quanto può essere considerato come un ulteriore elemento decisivo sul ritardo all'accesso di ruoli e identità altre oltre a quella di malato – causa di una grande sofferenza per chi vive tale condizione –, capace di immobilizzare, se non proprio cristallizzare, la vita del soggetto.

3. Relazioni

Franco: In psichiatria c'è il *setting*, il sistema istituzionale, le regole... Questa è la riduzione che in qualche modo io ho trovato sempre. Come dire... Non strettamente oggetto di un unico modo di interpretare le cose, ma di certo c'è una prevalenza a considerare innanzitutto il sintomo e come può essere trattato farmacologicamente... Come può essere in qualche modo ricondotto a una sorta di allineamento con quelli che sono dei parametri sociali, delle norme di comportamento. [...] La questione è sempre stata, come dire... paradossalmente un'istanza di carattere sociale. Non voglio dire di controllo sociale, ma che arriva comunque dal corpo sociale e da tutta una serie di questioni che ti fanno sentire la pecora nera... Che ti fanno sentire ancora fuori posto, che devi essere “corretto” in qualche modo, “accudito”... Una mentalità ancora abbastanza radicata nella psichiatria spesso è questa! Cioè una correzione educativa, quindi non sanitaria... O una sorta di accettazione di quelli che sono i sintomi... Ti impediscono di capire meglio quello... Non c'è un lavoro di approfondimento, non c'è...

In quest'ultimo paragrafo verrà esplorata la dimensione della relazione terapeutica.

Nel brano testé proposto, l'intervistato evidenzia come la cura della follia sia da sempre legata a una dimensione di controllo sociale. Per questa ragione in psichiatria sembrerebbe abbastanza radicata l'idea che vi sia il bisogno di compiere una sorta di riallineamento dei pazienti al corpo sociale. Solo coloro che fanno ancora riferimento alla “scuola Basagliana” sembrerebbero porsi diversamente nei confronti dei pazienti; l'occuparsi della dimensione delle *skill* informali per Franco non rappresenterebbe solo l'avvio di un processo rieducativo, quanto più l'occasione di superare la propria condizione di alterità e di introdurre dei benefici mentali che non dipendono solo dalla farmacologia. Egli parla inoltre di un paternalismo psichiatrico che, unito alla inibizione farmacologica dei sintomi, sembrerebbe servire a conformare l'utenza rispetto a dei canoni di comportamento condivisi socialmente, forzando il controllo sociale su chi pare non averlo interiorizzato. Nel narrare la sua esperienza con questa istituzione afferma anche di essere un “bravo paziente”.

Alla richiesta di approfondire descrivendo il canovaccio di questo ruolo, Franco dice:

Per certi versi per il medico curante questa è una manna, cioè una facilitazione, perché c'è una capacità del paziente di elaborare. [...] Il buon paziente come dire... Io la vivo un po' come una mia mancanza anche, nel senso che a volte essere più diretto ed esplicito su quello che non va bene, un po' meno attenuato... Cioè un po' più schietto, in maniera che nella mia vita non riesco a dirlo esplicitamente. Invece lo elaboro con toni attenuati e questo poi fa sì che lo psichiatra non intenda magari quanto sia profondamente radicata anche la situazione in negativo.

Dunque, il bravo paziente per lo psichiatra appare, almeno secondo Franco, come un utente che si lascia trasportare nel percorso terapeutico senza opporre un'eccessiva resistenza, senza – cioè – *questionare* il proprio sentire, nemmeno rispetto alle terapie. Non vi sarebbe molto spazio di manovra per chi adotta un atteggiamento ostile nei confronti dei terapeuti, e questo lo sostengono anche altri partecipanti.

Cristina: Ma c'è questa sostanziale abitudine all'interno dei servizi di tenere sempre l'utente da parte, un po' come quando i genitori parlano, ma il figlio non è in stanza. Potrebbero parlare col figlio invece in realtà, per carità, non tutto può essere fatto sempre allo stesso modo, ma molto spesso è giusto responsabilizzare anche il figlio.

Nel descrivere la relazione medico-paziente sorge spontaneo all'intervistata – in maniera acritica pur essendo lei stessa utente – paragonare il ruolo dello psichiatra a quello del genitore. Parla infatti di responsabilizzazione, mettendo a tema la presenza di un rapporto verticalizzato, in cui spesso si tende a infantilizzare l'interlocutore in nome di quella che Freidson definiva come *dominanza medica*⁶. Ancora oggi lo psichiatra sembrerebbe dunque arrogarsi il ruolo custodialistico nei confronti del paziente, non includendolo nel percorso di cura in nome “del suo bene”.

Ne è testimonianza anche la storia di Luca:

Un ricordo che ho abbastanza forte è quando ero stato legato al letto e mi avevano messo anche il pannolone. Non potevo andare neanche al bagno sostanzialmente... Per curare l'emergenza era forse necessaria la cosa perché ho perso completamente il controllo quindi se mi avessero lasciato libero io sarei magari andato a fare qualche altro danno in giro, come quello di denudarmi oppure mi sarei fatto del male. [...] Poi, quando è andata scemando questa cosa, perché ovviamente mi hanno fatto una terapia massiccia, quando per curare l'emergenza fanno in questo

⁶ E. Freidson, *Professional dominance: the social structure of medical care*, Aldine Transaction, New Brunswick Aldine Transaction 2007 (trad. it. di G. Vicarelli, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2002).

modo tutti i dosaggi sono molto forti e, mi sono ristabilito... Però comunque ho notato che gli infermieri comunque mi trattavano bene, nel senso che non ero trattato male!

In questo caso l'intervistato sembra dare per scontata l'esistenza di questa gerarchizzazione nel rapporto terapeutico, così tanto da giustificarne anche le derive più coercitive, come la contenzione meccanica e farmacologica. Anche coloro che, diversamente da Luca, sembrerebbero posizionarsi in maniera più critica rispetto a questi tipi di pratiche, confessano una difficoltà nel far emergere tale problematica con i propri curanti:

Lucia: Allora di sicuro quando fai un ricovero ti bombano di tranquillanti quando sei sotto tranquillanti non sei tu, ma non sei proprio tu. [...] Vabbè, io non c'è... Allora o insegno io ai dirigenti come devono fare a far star bene i pazienti oppure devo stare zitta, perché se no sembro un'arrogante! Cioè quando a giugno, luglio, agosto, settembre ci sono tanti... E fa un caldo che muori, perché dentro 'ste stanzette non gira l'aria, è un casino! Alle otto di sera si inizia a vedere qualche foglia che si muove, che tu ti rilasseresti cioè.... Tu puoi dire di chiudere le porte e lasciare gente chiusa dentro al caldo?! Quelli sclerano e cosa fai per farli dormire? Li Imbottisci! Cioè come devi fare?!

Lucia, seppur criticando aspramente l'uso e talvolta abuso dei farmaci anestetizzanti in maniera contenitiva, non riesce a mettere in discussione il parere dei propri medici: proprio a causa dell'interiorizzazione della verticalità nel rapporto terapeutico, che la costringe al proprio posto per non passare come «arrogante».

L'ultimo brano, presentando una descrizione di come l'utente si immagina un'ipotetica relazione terapeutica funzionale, fa emergere come questa in realtà abbia preso forma nel vissuto di Claudio, in tutte le sue sfaccettature e distorsioni.

Claudio: Secondo me tra gli studenti [di medicina] deve esservi un profondo interrogativo. Una visione più olistica e più emotiva del paziente, una guarigione clinico-umanistica. Ma oggi ci si trova ancora davanti a tante cose da migliorare... Ci si trova in un periodo di grande abissalità e questo riguarda tutti, non riguarda soltanto il paziente! E io non voglio offendere, io sono un paziente come tutti gli altri e sono messo malissimo come persona, ne sono perfettamente consapevole... Una cosa è chiara... C'è una rabbia quando si vive una vita del genere, inconsciamente. Io parlo delle profondità dell'anima, quando non si riesce a dare un volto o un nome alla propria sofferenza e al proprio dolore. Quando non si riesce a trovare una causa. Quando dopo tanti anni e anni non si trova un conforto. Quando non ci si accorge neanche più delle parole che gli altri ti dicono... Quindi, inconsciamente abbiamo una rabbia, la rabbia inconscia di essere finiti in questa situazione. Non rabbia contro qualcuno o contro qualcosa, ma è ovvio che porta una frustrazione. Una profonda umiliazione. Un medico la prima cosa

che deve capire per conquistarsi la fiducia, e la famiglia idem, deve capire tutto questo.

L'intervistato, parlando di una cura che tenga conto delle dimensioni bio-psico-sociale di una malattia psichica, apre le porte alla discussione su come vengano interpretati a oggi il *care* e il *cure*. Questi rappresentano aspetti differenti della cura; da un lato intesa nei termini clinici, ovvero una cura fisiologica volta all'eliminazione del sintomo della malattia. Dall'altro lato, il *care* rappresenta invece un'assistenza alla persona intesa nei termini di sostegno e compassione. Un "prendersi cura" del paziente, coinvolto attivamente proprio a partire dagli aspetti riguardanti il vissuto personale e soggettivo della patologia. Sebbene il *care* e il *cure* non rappresentino aspetti alternativi ed escludenti di un percorso di cura, ma complementari, dagli stralci e brani di interviste presentati emerge come spesso questi possano prendere forma nelle loro derive più estreme. Dunque, ancora oggi si assiste – troppo frequentemente – a un *cure* che schiaccia ogni soggettività e individualità a favore di una standardizzazione delle pratiche di cura e di una forte medicalizzazione dell'alterità e un *care* che, invece, infantilizza l'utenza, rafforzando consequenzialmente il ruolo custodialistico della psichiatria.

III. VOCI DENTRO E ATTRAVERSO IL MANICOMIO

Sguardo medico e memoria clinica: la costruzione dell'immaginario manicomiale ne *Le libere donne di Magliano*

Alessandra Tonella

Dentro una stanza del manicomio studio gli uomini e li amo. Qui attendo: gloria e morte. [...] E il mio desiderio è di fare di ogni grano di questo territorio un tranquillo, ordinato, universale parlare¹.

Con queste parole il narratore intradiegetico de *Le libere donne di Magliano* (1953) – chiaramente identificabile come l'alter ego letterario dell'autore Mario Tobino – fornisce non solo prova delle proprie ambizioni letterarie ma anche della visione che egli ha della letteratura e del mondo manicomiale.

Medico e di sesso maschile, appartenente ad un'élite culturale notevolmente distante dalla realtà sociale della maggior parte delle sue pazienti (e successivamente aperto critico del movimento anti-istituzionale), nonché fermo sostenitore della scrittura come mezzo di rappresentazione e costruzione della realtà, Tobino rimane non solo convinto della propria capacità di dare un racconto univoco delle individualità sottoposte alla sua osservazione clinica, ma anche della possibilità di farlo rendendone “tranquilla” e “ordinata” rappresentazione, attraverso l'imposizione di uno sguardo capace di ridurne e “normalizzarne” la soggettività, riconducendola alla totalità impersonale della categoria².

Nonostante nella maggior parte dei casi egli si riferisca alle diverse ricoverate attraverso l'uso del cognome, le loro figure sbazzate si susseguono e talvolta confondono nella narrazione, indicate nel loro insieme con il termine «matte», spesso usato in forma sostantivata, ad indicare il riconoscimento di un particolare primato della follia sulle caratteristiche dei soggetti che va considerando, tanto da riassumerne la parabola umana.

¹ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2023, p. 75.

² Il proposito stesso di rendere l'individuale manifestazione di una serie di sintomi e vissuti diversi come una rappresentazione universale indica la volontà di imporre una norma alla soggettività ad essi implicita, così da farli esemplari di una determinata condizione, considerata patologica. Tale volontà si rivela con ancor più evidenza nell'uso dei termini «ordinato» e «tranquillo», riferiti al discorso che lo scrittore si pone di condurre: essi si pongono infatti in evidente opposizione alla terminologia utilizzata dallo stesso medico per descriverne le protagoniste. “Disordinata” e “agitata” non sono infatti soltanto due degli aggettivi che ricorrono tra i più frequenti nelle cartelle cliniche, ma paiono addirittura ineludibili segni, se non sinonimi, di follia.

È in ogni caso il dato reale, trasfigurato e organizzato nella sua rievocazione (da intendersi sempre come atto performativo³, compimento di un processo di fruizione e rielaborazione culturalmente determinata del dato esperienziale⁴) che si riflette nella scrittura manicomiale di Tobino, la quale diviene così luogo di una memoria non solo personale, ma anche storico-istituzionale.

L'aderenza ai fatti non esclude tuttavia un'attenzione selettiva verso individui ed episodi specifici, la quale evidenzia il fine non documentario della testimonianza. Nonostante l'altissima frequenza con la quale si riscontrano, tra le cartelle nosografiche di firma tobiniana, diagnosi connesse a patologie della senilità, bassissimo è infatti il riferimento che a esse si fa all'interno de *Le libere donne di Magliano*.

Storie come quella di A. B., ammessa al manicomio nel febbraio 1952, sono destinate a rimanere confinate nel silenzio. Le poche parole spese in cartella sulla sua condizione sono riferite in prevalenza a stati fisici (come la difficoltà a reggersi in piedi o la capacità di nutrirsi autonomamente) ma soprattutto al suo fastidioso «blaterare per molte ore delle ventiquattro». Una cura a base di ricostituenti non salverà A. B. dal morire in quello stesso luogo nel gennaio dell'anno successivo per «demenza senile-cachessia-piaghe da decubito», all'età di soli 67 anni⁵.

Anche storie come quella di M. M., «gaia e arguta vecchietta» di quasi novant'anni, inviata a Magliano dall'ospedale civile senza evidenti segni di alterazione mentale⁶ (a riprova dei continui travasi esistenti tra le diverse istituzioni incaricate della normalizzazione e anomizzazione del «residuo», foucaultianamente inteso come tutto ciò che si riveli irriducibile ai sistemi di irreggimentazione e regolamentazione prodotti dal sistema disciplinare⁷) sono destinate dall'autore allo stesso silenzio.

A colpirne l'attenzione sono invece casi diversi, spesso caratterizzati dal delirio, dalla scompostezza dei costumi o dal contraddirsi di apparenze e comportamenti. Compare così tra le pagine de *Le libere donne di Magliano* il volto segnato dalla tubercolosi della Sbisà, una «veneta»⁸ descritta come «piuttosto graziosa, palli-

³ A. Erll, A. Rigney, *Introduction: Cultural Memory and its Dynamics*, in A. Erll, A. Rigney (edited by), *Mediation, Remediation and the Dynamics of the Cultural Memory*, Walter de Gruyter, Berlin 2009, pp. 1-14, p. 2 («As the word itself suggests, "remembering" is better seen as an active engagement with the past, as performative rather than as reproductive»).

⁴ M. Halbwachs, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Librairie Félix Alcan, Paris 1925 (trad. it. di G. Brevetto et alii, *I quadri sociali della memoria*, Ipermedium, Napoli 1997, pp. 1-2).

⁵ Archivio di Stato di Lucca (ASLu), *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 516, fasc. 26, reg. 14435.

⁶ *Ivi*, b. 518, fasc. 78, reg. 14272.

⁷ M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Gallimard, Paris 2003 (trad. it. di M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 62).

⁸ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 4.

da, ancora giovane»⁹, i cui lineamenti trovano riscontro nella cartella di M. S.. Neppure trentaseienne al momento del ricovero e originaria del Veneto, risulta precedentemente ricoverata all'istituto eliomarino San Camillo, presso Forte dei Marmi, per la cura di una tubercolosi extra-polmonare che ne ha ormai intaccato il setto nasale: trasferita presso il manicomio lucchese in seguito all'acuirsi di una «sintomatologia nervosa» caratterizzata da «idee di negazione, di danno, di rovina» vi resterà però meno di un mese¹⁰. Come testimoniano alcune lettere, il fratello ne otterrà infatti il trasferimento presso una struttura «più vicina a casa»¹¹.

Affetta da tubercolosi è anche la Benni:

[...] orba di un occhio e non sa assolutamente nulla della morale, lì è cieca; suo fratello è pederasta, viveva con lui, in estrema miseria dentro una capanna. L'occhio l'ha perso battendolo sopra un sasso aguzzo che glielo spaccò; mi ha raccontato che veniva dalla fontana e camminando zoppa a causa della coxite di cui soffrì, scivolò e accadde che poi le tolsero l'occhio. Il primo giorno che venne era lucidissima, l'avevano ricoverata perché si era gettata da una finestra di una casa semidistrutta dalla guerra, avevano creduto che si fosse voluta uccidere e la portarono al manicomio; lei mi spiegò con ira repressa che era stata soltanto curiosa di sapere la misura del dolore che ne avrebbe ricevuto; a distanza di tempo credo alla sua versione¹².

L'asportazione di un occhio in seguito ad una caduta, la coxite, così come l'omosessualità del fratello, trovano riscontro nell'anamnesi di A. P., ricoverata quarantacinquenne dopo essersi «gettata da una finestra»¹³. Espressione di un «[d]elirio allucinatorio in amorale»¹⁴, i suoi comportamenti vengono quindi descritti al lettore nei loro tratti più scandalosi: «Il secondo giorno che era qui ricoverata già si metteva alla finestra e quando passava qualcuno, se l'infermiera era disattenta, si alzava le sottane e esponeva il sesso»¹⁵.

Istituendo una corrispondenza quasi perfetta con la narrazione letteraria, pochi giorni dopo l'ammissione un appunto in cartella riporta: «Si rivela esibizionista; si mette alla finestra e come l'infermiera volge le spalle fa vedere il sesso alle malate che sono giù in giardino; una volta si è anche snudata»¹⁶.

Ne *Le libere donne di Magliano* Tobino dunque scrive:

⁹ *Ivi*, p. 11.

¹⁰ ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 511, fasc. 44, reg. 14039.

¹¹ *Ivi*, lettera del fratello della paziente, L. S., conservata nella cartella clinica.

¹² M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., pp. 57-58.

¹³ Cfr. la modula medica in ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 518, fasc. 63, reg. 14257, modula medica.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 58.

¹⁶ ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 518, fasc. 63, reg. 14257.

I primi giorni del ricovero la Benni era intatta, continuava a vivere come fuori, in selvaggio erotismo, ma poi è come scomparsa, si è ottusa [...]. Credo che si comportasse così perché non trovava nell'ambiente alcun alimento per la sua natura, non v'era nessun criminale, nessun erotico-criminale [...], si comportava così passivamente che suor Vincenza me l'ha proposta per un reparto più blando, di malate meno vigilate. Appunto a causa di questo prospettato trasferimento l'ho interrogata e, per provarla, parlandole ridevo, ammiccavo, facevo le luci, come tra noi ci fosse l'intesa. Subito si è accesa come quando entrò, di colpo criminale meretrice [...]¹⁷.

Esposto con dovizia di particolari nel testo letterario, lo spunto dell'episodio può essere individuato in un breve appunto risalente a circa tre mesi dopo l'avvenuto ricovero: «Buona condotta, ma se la si interroga e stimola appare la sua personalità criminaloide»¹⁸.

I riferimenti alla personalità criminale o criminaloide, verosimilmente ereditati da Lombroso per mezzo delle pubblicazioni manualistiche del Tanzi, riflettono una realtà psichiatrica ben descritta da Foucault. Non soltanto nelle lezioni tenute al college de France sul tema del potere psichiatrico ma anche e soprattutto nel suo articolo *About the Concept of the «Dangerous Individual» in 19th Century Legal Psychiatry*, dove si evidenzia come, a partire dall'Ottocento, i legami tra follia e criminalità vengano stravolti, fino a permettere di teorizzare l'esistenza di «a crime which is insanity, a crime which is nothing but insanity, an insanity which is nothing but crime»¹⁹.

Una malattia mentale che non ha altri sintomi se non il crimine e che si rende da un lato indistinguibile da esso, ma che dall'altro si presta a divenire giustificazione del moderno dominio psichiatrico sulla classificazione e il controllo dell'individuo, la cui soggettività è indagata preventivamente alla ricerca di tare, degenerazioni e segni che possano essere ricondotti ad un carattere di pericolosità e criminalità.

La nuova scienza psichiatrica del XIX secolo si proponeva così di divenire strumento centrale di ordine sociale, individuando la malattia laddove spesso vi erano soltanto le conseguenze di una condizione di vita caratterizzata dalla miseria, dallo sfruttamento e dalla marginalizzazione; pubblica e/o domestica.

Nonostante le evidenti corrispondenze esistenti tra la narrazione clinica e il testo de *Le libere donne di Magliano*, quest'ultimo non risulta arricchito soltanto nella forma, ma anche attraverso l'interpolazione di episodi e particolari privi di riscontro. Della Benni si dice ad esempio come vivesse «con la prostituzione che esercitava come una diavolessa»²⁰, senza che ciò venga riportato in alcun documento conser-

¹⁷ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 58-59.

¹⁸ ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 518, fasc. 63, reg. 14257.

¹⁹ M. Foucault, *About the Concept of the «Dangerous Individual» in 19th Century Legal Psychiatry*, in «International Journal of Law and Psychiatry», 1 (1978), n. 1, pp. 1-18, p. 6.

²⁰ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 58.

vato in archivio. Il «meretricio», quando praticato, non era però di certo omesso. Era anzi solertemente riportato in anamnesi, come dimostrano le carte riferite a A. M.: ricoverata con una diagnosi di «[i]mmoralità costituzionale», di lei si annota come, con «mancanza di pudore [...] racconta (presente anche la suora del reparto: suor Agnese) le vicende della sua prostituzione», dimostrando di non avere «difficoltà a esporre ogni particolare»; anche in questo caso, come per la Benni del testo, il mutamento degli atteggiamenti sarà attribuito all'effetto dell'«ambiente normale» del manicomio, il quale le avrebbe dato «modo di giudicare i veri rapporti della vita», facendo sì che «subito si riordinasse»²¹.

Che tali interpolazioni siano frutto della mescolanza tra due identità cliniche diverse o della fantasia autoriale, è evidente l'importanza ricoperta dalla memoria documentale all'interno del processo di scrittura. Sappiamo con buona certezza, grazie ad un passaggio presente ne *Le cartelle ritrovate* (in *Una vacanza romana*), come parte dei documenti clinici siano rimasti per un certo periodo presso l'appartamento lucchese dell'autore²². Tra questi vi è anche – trascritto con minime omissioni e modifiche, relative a date e annotazioni di altra mano – il diario clinico della già citata A. P., unico a trovare corrispondenza anche ne *Le libere donne di Magliano*. È comunque necessario notare come almeno parte di questo materiale risulti in realtà confluito nella documentazione oggi conservata presso l'Archivio di Stato di Lucca e non sia rimasta invece tra le carte private dell'autore.

Corpo-oggetto da vincere e dominare attraverso la pratica psichiatrica, il folle è dunque in Tobino ridotto all'espressione della propria abnormità. Svuotato della propria singolarità, esso è feticizzato dallo sguardo medico, pronto a cogliere ogni indizio capace ricondurre ad un'eccedenza rispetto alla norma. Ancora nel Novecento si ritiene infatti che le «degenerazioni psichiche» si associno a «irregolarità scheletriche e viscerali» le quali assumerebbero il valore di «reversioni ataviche» o «stigme degenerative»²³, nonostante lo stesso Tanzi ne ammetta lo scarsissimo valore diagnostico.

Tali stati di «inferiorità», «per lo più ereditaria»²⁴, assumono – fin dai nomi attraverso cui alcuni di loro vengono denotati – tutta l'evidenza di una regressione al bestiale, esplicitando un parallelismo tra uomo e animale, dove l'accostamento

²¹ ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, Cartelle cliniche, b. 519, fasc. 93, reg. 14287. Sull'imposizione di un regolamento e sulla riproduzione di un microcosmo sociale all'interno del manicomio come principale strumento di cura e riadattamento al mondo esterno: M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 145. Ma anche, più in generale, sul potere e la sua azione psichica nel definire il soggetto, J. Butler, *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*, Stanford University Press, Stanford 1997 (trad. it. di E. Bonini, C. Scaramuzzi, *La vita psichica del potere. Teorie della soggettivazione e dell'assoggettamento*, a cura di C. Weber, Meltemi, Roma 2005).

²² Come sembra intuirsi in M. Tobino, *Una vacanza romana*, Mondadori, Milano 1992, pp. 111-112.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*. Le cartelle alle pp. 115-172.

somatico allo stesso allude l'esistenza di un'analogia vicinanza psichica.

Alla ricerca dei prodromi della follia, non è però solo l'individuo ad essere esaminato: lo sguardo del medico si estende all'intero corpo familiare, indagato non soltanto nei sintomi psichici, ma anche nei segni fisici, interpretati come «correlato materiale»²⁵ attraverso il quale costituire un'analogia sovraindividuale con il corpo istituzionalizzato.

A riconferma di ciò, elementi somatici e metafore ferinizzanti ricorrono spesso nella narrazione tobiniana. La preferenza accordata a termini come «gola lupina» e «labbro leporino»²⁶, piuttosto che ad un lessico maggiormente scientifico, evidenzia questo aspetto nella descrizione della Campani, ma un ulteriore esempio di ferinizzazione è riscontrabile nella descrizione dei famigliari dei ricoverati:

I parenti dei matti sono una delle cose più tristi e già diverse volte ho scansato di parlarne: si desidera non riflettere sulle loro figure: hanno un marchio nel fisico, nell'animo, nella mente [...]. Fisicamente si possono malamente riassumere con la fronte che richiama l'attenzione per la scompostezza ossea [...]; la bocca ossuta con denti che s'impiantano disordinati nelle gengive gonfie e rosse [...]; il tronco è malformato, troppo lungo o troppo corto; le gambe storte [...]. Sono noiosi, anonimi, tutti uguali: il medico di manicomio difficilmente li distingue e li ricorda, come scarafaggi bollono in una pentola e per le bolle che scoppiano alla superficie qualcuno per un attimo appare rovesciato presto sostituito dalla identica visione di un'altra pancia²⁷.

Simili a insetti ed indistinguibili fra loro, sono però ben distinti dalla gente comune; essi vengono infatti descritti come dotati di caratteristiche estetiche, ossee e fisiognomiche che ne individuerebbero l'inferiorità genetica. Ancor più dei propri parenti reclusi, e forse proprio in virtù della promiscuità rispetto ai "normali", i famigliari dei malati sono dunque guardati con maggior repulsione e minor affetto da parte del medico. Occupando lo spazio interstiziale posto tra le due masse contrapposte dei sani e dei malati, essi si pongono infatti in uno spazio liminale, denunciando con la propria esistenza l'artificialità di tale contrapposizione.

L'accostamento agli scarafaggi si inserisce d'altra parte tra i numerosi espedienti retorici dall'effetto disumanizzante, spesso utilizzati dallo scrittore in riferimento ai pazienti dell'ospedale. Volendo considerare le categorie individuate da Chiara Volpato²⁸, siamo in questo caso in una zona di confine. Anziché mostrare una volontà

²⁵ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 235.

²⁶ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 35.

²⁷ *Ivi*, p. 84.

²⁸ C. Volpato, *La negazione dell'umanità: i percorsi della deumanizzazione*, in «Rivista internazionale di filosofia e psicologia», 3 (2012), n. 1, pp. 96-109; <https://doi.org/10.4453/rifp.2012.0009> (ult. cons. 25/07/2025).

di asservimento, la paura della bestialità o dell'ibrido, seppur animale lo scarafaggio sembra infatti toccare un immaginario caratterizzato dal timore della sporcizia e della contaminazione, richiamando misure di pulizia e disinfezione più che di sottomissione o sfruttamento. Lo scarafaggio assumerebbe quindi un valore vicino a quello della metafora biologizzante, implicando l'apposizione di uno sguardo non soltanto degradante e carico di disprezzo, ma anche caratterizzato dalla presenza di un certo darwinismo sociale, sebbene non necessariamente consapevole.

Nonostante il desiderio di «distogliere lo sguardo»²⁹ indotto nell'autore, la presenza di questi soggetti appare come necessaria al definirsi di quella retorica dell'alterità insita nella stessa pratica dell'internamento manicomiale. Individuando il germe della follia in una tara genetica, ancor più qualora si sostenga la sua espressione somatica attraverso difetti manifesti, si pone infatti un limite al suo potere sovversivo, mettendo fine alla crisi indifferenziante³⁰ che andava delineandosi attraverso il contatto con essa.

Il mancato riscontro di casi famigliari, la mancanza in sé e nei propri ascendenti di quei segni di regressione cui accennava Tanzi e di cui largamente tratta Lombroso³¹, svolgono dunque un'azione rassicurante, che allontana non tanto dal timore della malattia, quanto da quello di riconoscere un proprio simile nell'individuo recluso, privato di gran parte dei diritti e reso incapace di provvedere a sé stesso.

Sempre abnorme e ferino, il corpo del folle diviene tuttavia in Tobino anche oggetto di sessualizzazione e mal celato desiderio, in particolare quando di sesso femminile:

²⁹ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 84.

³⁰ Cfr. R. Girard, *Le bouc émissaire*, Grasset & Fasquelle, Paris 1982 (trad. it. di, C. Leverd, F. Bovoli, *Il capro espiatorio*, a cura di G. Fornari, Adelphi, Milano 1987). Sebbene Girard parlasse di epidemie, carestie e guerre come esempi tipici di crisi indifferenziante, capaci di dare luogo a grandi persecuzioni, qualunque eventualità sia potenzialmente in grado di coinvolgere tutti, al di là di etnia, sesso, ricchezza o status sociale, può infatti essere pensata come indifferenziante. Tra queste eventualità troviamo dunque certamente anche la follia; priva di segni visibili e inequivocabili, come anche di un'eziologia nota e indiscussa, essa pone l'individuo di fronte all'angoscia generata dal dubbio e dall'incomprensione.

³¹ Cesare Lombroso (1835-1909), medico e antropologo italiano, condusse numerosi studi sulla criminalità, correlandola alla follia e cercando per entrambi basi organiche ed ereditarie, sotto l'influsso del darwinismo sociale, della fisiognomica e della frenologia. Di particolare interesse ai fini di questo studio sono le affermazioni lombrosiane – che ebbero larga influenza sul pensiero comune anche successivamente alla loro destituzione ufficiale (M. Gibson, N.H. Rafter, *Introduzione*, in C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, et al./Edizioni, Milano 2009, pp. 1-43, p. 2; I. ed. 1893) – circa l'esistenza di stigmate degenerative o atavismi capaci di segnalare, con la loro presenza, una predisposizione alla follia. Di certo interesse sono inoltre le teorie lombrosiane riguardanti la criminalità e la follia femminili, in particolare nella loro corrispondenza con la prostituzione e, dunque, con comportamenti sessuali concepiti come socialmente non accettabili. Cfr. L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma 2019.

Tra le passeggere, anzi subitane, mi ricordo la bellissima ragazza di Livorno, che rimase “alle agitate” soltanto dieci giorni, una vergine gettata all’improvviso nei cieli infernali della mania, una ragazza di diciotto anni, maestà di bellezza; alta, bruna, il corpo duro-michelangiolesco, bella e furente nella chioma nera e nell’espressione del volto, il petto sodo e gonfio, il ventre liscio, le cosce robuste, affusolate le gambe. Arrivò in manicomio con tale agitazione che si dovette subito rinchiuderla in cella, dove nuda fece dell’alga dei raggi sensuali e semidivini [...]»³².

La follia, spesso descritta come bestiale e grottesca, diviene ora un «limpido fiume»³³, capace di rivelare la carica erotica di una giovane altrimenti pudica: esplicita e debordante nel delirio maniacale, questa sarebbe tuttavia «così anche in tutte le altre donne» sebbene «quelle di fuori, non potevano [mostrarla] perché erano “sane”»³⁴. Se la malattia sembra stabilire un’abnormità degli ambiti che coinvolge, altrettanto non accadrebbe per quanto riguarda l’erotismo, nei confronti del quale essa agirebbe non tanto determinando un surplus dello stesso, quanto come assenza della sua inibizione.

Non ci si può d’altra parte stupire della contraddittorietà di un immaginario creato a partire da un’istituzione altrettanto contraddittoria, come è nei fatti quella manicomiale. Nei suoi spazi quest’ultima rinchiude e segrega infatti individui tra loro diversissimi, “quota di scarto” prodotta da altri apparati istituzionali, come quelli della famiglia, della sanità, dell’assistenza o della giustizia³⁵. È dunque evidente come, nonostante il manicomio giustifichi la propria esistenza anche attraverso la supposta azione curativa del suo ambiente e della sua disciplina, esso non possa conciliare le esigenze terapeutiche di individui così disomogenei, condannando la maggioranza di loro ad una vita di reclusione o al continuo alternarsi di ammissioni e dimissioni.

Alla base di queste rappresentazioni vi è dunque, da un lato, un’idea di follia influenzata dai già citati paradigmi di fisiognomica e frenologia, la cui popolarità e influenza è infatti stata ben più duratura del loro statuto scientifico, proseguendo fino ad oggi³⁶. Dall’altro lato, l’affermarsi nel XIX secolo della famiglia nucleare come istituzione sempre più fondamentale, ha fatto sì che qualsiasi comportamento contrario alle sue leggi venisse considerato come socialmente pericoloso ed etichettabile dunque come follia. Sebbene comportamenti quali l’omosessualità, la dissolutezza, la libertà sessuale, fossero già in precedenza sanzionati e sottopo-

³² M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 43.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ivi*, p.14.

³⁵ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., pp. 62-63.

³⁶ R. Twine, *Physiognomy, Phrenology and the Temporality of the Body*, in «Body & Society», 8 (2002), n. 1, pp. 67-88, p. 67.

sti a censura, mai prima di allora essi erano stati infatti accomunati alla malattia mentale³⁷.

La fine del Ventennio non coincise ovviamente con l'immediata cancellazione dell'ideologia e del paradigma valoriale che esso aveva veicolato, i quali sopravvissero in maniera residuale non solo nel senso comune ma anche e soprattutto in quelle istituzioni che, non riformate, rimasero intatte nel loro anacronismo. Di queste fu esponente di spicco proprio il manicomio, la cui organizzazione lungo il Novecento non subì sostanziali modifiche rispetto alle *Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi* proposte da Giovanni Giolitti nel 1902, successivamente sancite dalla legge 36 del 1904 e dal suo regolamento attuativo del 1909.

È dunque necessario considerare come la formazione di Tobino avvenga suo malgrado nel pieno del periodo fascista, quando il manuale di riferimento per l'insegnamento accademico della psichiatria restava spesso il *Trattato delle malattie mentali* (1905) di Eugenio Tanzi ed Ernesto Lugaro. Ciò fa sì che il discorso di Tobino – per quanto egli appaia persuaso di rivolgersi con particolare benevolenza a quei matti che egli “ama” – sia sempre intessuto di una distanza e di un paternalismo che sembrano derivare dall'illuministico motivo del buon selvaggio.

Rappresentante di un'originarietà perduta, ingenuo nella lussuria e in tutto espressione della sua natura, egli rappresenta «un modello da *non* realizzare in sé stessi, ma da avere sempre a disposizione al fine di poterlo contemplare»³⁸. Confrontandosi con esso, l'uomo può allo stesso tempo affermare la superiorità dei propri valori, acquisiti con la civilizzazione, e la nostalgia provata nei confronti di ciò a cui ha in nome di questa rinunciato.

Allo stesso modo, anche il mondo e l'esistenza dei folli sono immaginati come estranei a quelli consueti: luogo di felicità primigenia, non sottoposta alle imposizioni sociali; ma anche di inquietudine e minaccia.

La rappresentazione di corpi sottoposti alla sola legge della soddisfazione e del piacere, dominati dagli istinti e da tutto ciò che è organico, risponde d'altra parte a un voyeuristico interesse per il “primitivo” che ha caratterizzato la società occidentale, in particolare moderna e post-moderna: «Menti primitive, costrette ad una vita moderna»³⁹, gli uomini occidentali guardano a questo attraverso un sentimento sempre più dichiaratamente nostalgico, che vede nel “selvaggio” il sogno e l'incubo di una natura scatenata, liberata dagli stretti lacci della “cultura”⁴⁰.

³⁷ M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961 (trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 2012 (1963), p. 79).

³⁸ G. Dolfini, *Immagini del medioevo: un buon selvaggio?*, in «Studi di letteratura francese», VII (1981), pp. 28-40.

³⁹ «Savage intellects, leading modern lives»: M. Torgovnick, *Gone Primitive. Savage Intellects, Modern Lives*, University of Chicago Press, Chicago 1990, p. 246 (traduzione di chi scrive).

⁴⁰ Il parallelismo con il folle è testimoniato in alcune scelte lessicali tobiniane: M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., pp. 85, 115.

Posto in una sfera di alterità ancor più netta, il folle diviene così anche protagonista di una retorica che vede in lui il collegamento tra l'umano, il divino e il bestiale, ponendo nella follia un mitico "stato di natura", dove il soggetto è per l'appunto "libero", come vorrebbe il titolo stesso dell'opera.

Pubblicata in anni in cui gli spazi manicomiali erano non solo interdetti al pubblico comune, ma anche guardati con sospetto per via dell'etichetta di "pericolosità" spesso associata a coloro che vi erano reclusi, questa ha tra i suoi intenti dichiarati (sebbene a posteriori) quello di «richiamare l'attenzione dei sani su coloro che erano stati colpiti dalla follia»⁴¹. Se molta attenzione fu sicuramente suscitata dalla pubblicazione, tradotta in più lingue e valsa la celebrità all'autore, l'immaginario che essa va ad alimentare è però lontano dal demitizzare il luogo del manicomio, fornendo dell'esperienza psicotica una rappresentazione lirica e «arcana»⁴², quando non grottesca.

Sempre altalenanti tra gli estremi di un gradiente che unisce «bestia e dea» (come egli stesso scrive in riferimento alla «bellissima ragazza di Livorno», mai citata per nome), le donne rappresentate sono per la maggioranza destinate a rimanere collocate in una dimensione disumanizzante e statuarica, che ne decontestualizza e assolutizza l'azione, alla quale è ridotta ogni loro psicologia.

Nella galleria di ritratti forniti da Tobino, le storie rimangono infatti eccezioni: brevi e asciutte, esse lasciano però intravedere contesti di forte disagio sociale e realtà familiari drammatiche. Sono infatti questi – mai approfonditi da Tobino, il quale mostra una visione piuttosto organicistica dell'eziologia del disturbo mentale – i luoghi nei quali più spesso si individua il difforme e il deviante rispetto alla cultura ufficiale, che è d'altra parte profondamente diversa da quella dove lo stesso soggetto così definito si colloca.

La rappresentazione fornita da Tobino si riconferma quindi, nella sua analisi, prodotto e attiva riproduttrice di quella cultura psichiatrica come «ideologia della diversità come esasperazione della differenza fra gli opposti, salute e malattia, norma e devianza» di cui parla Basaglia ne *La maggioranza deviante* (1971)⁴³, che ha la sua origine proprio nella retorica dell'«abnorme» che caratterizza tanto *Le libere donne di Magliano* quanto la psichiatria tradizionale, insegnata ancora in quelli anni nelle università italiane.

⁴¹ Cfr. la prefazione *Dieci anni dopo*, in M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 1963, p. 139.

⁴² A. Bocelli, *I pazzi di Tobino*, in «Il Mondo», 2 maggio 1953, p. 6.

⁴³ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, B.C. Dalai, Milano 2010 (I ed. 1971), p. 24.

Maria Fuxa e la resilienza nell'esperienza del manicomio

Alessandra Trevisan

1. Introduzione

La narrazione della salute mentale, in Italia non vede un nutrito numero di scrittrici ma solo qualche nome sporadico affacciato nel tempo. Resta emblematica la figura di Alda Merini, la cui poesia ha trasformato l'esperienza della reclusione manicomiale, contribuendo a svelare la dimensione umana nascosta all'interno delle mura degli istituti psichiatrici, come indagato da Stefano Radaelli¹. Altro caso è quello di Amelia Rosselli, portato all'attenzione più recentemente da uno studio aggiornato di Mara Sabia². Questo panorama lacunoso, punteggiato da vuoti interpretativi e da fonti apparentemente mancanti, riflette un fenomeno più ampio di silenziamento delle voci femminili nel discorso artistico-culturale italiano, particolarmente evidente su argomenti considerati tabù come il disagio psichico. Sul piano storiografico-testimoniale risultano rilevanti gli studi di Marica Setaro e Silvia Calamai relativi al recupero di memorie diverse, in vari luoghi della penisola: è loro la curatela della riedizione di un testo capitale del 1979 della storica Anna Maria Bruzzone, che raccoglie l'esperienza delle voci dal manicomio di Gorizia³.

Le rare figure creative di autrici che hanno esplorato la dimensione della narrazione della salute mentale hanno dovuto affrontare un duplice stigma: quello associato a problematiche di natura psicologica – che ha investito anche autori quali Dino Campana e Mario Tobino⁴ – e, soprattutto, quello legato all'identità di genere. La li-

¹ S. Radaelli, *Il senso della vita (e della follia) in Alda Merini*, in «Nuova Umanità», XXXII (2010), n. 6/192, pp. 725-743.

² M. Sabia, *Lettere dalla clinica: il ricovero di Amelia Rosselli presso il Sanatorium Bellevue attraverso la corrispondenza*, in *Carte d'archivio dal Novecento. Seminario "Aldo Mastropasqua"*. Intervento a convegno non pubblicato (Roma, 25 novembre 2024): <https://iris.uniroma1.it/handle/11573/1729162> (ult. cons. 27/07/2025).

³ A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro, S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021. Si veda inoltre: S. Calamai, F. Biliotti, *Le voci dei matti. Il ritrovamento dell'archivio sonoro di Anna Maria Bruzzone*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017, pp. 22-34.

⁴ Si vedano almeno C. Pariani, *Vita non romanziata di Dino Campana*, Guanda, Parma 1978; G.

mitata presenza delle donne nel panorama culturale ha relegato ai margini i vissuti e i punti di vista, essenziali per una comprensione profonda della sofferenza interiore sul piano della scrittura.

Un percorso che tenga conto di ciò che è stata la deistituzionalizzazione, garantita dalla legge n. 180 del 1978, necessita di considerare anche il nome di Maria Fuxa, poeta e testimone di un lungo internamento nell'ospedale psichiatrico Pietro Pisani di Palermo. In un orizzonte discontinuo ed incompiuto, il suo nome si staglia geograficamente decentrato, e ciò può aver sfavorito l'autrice sul piano editoriale. Tuttavia la Sicilia, sua terra d'origine, è un luogo fondamentale per leggere il rapporto con l'istituzione psichiatrica e la continuità con l'esperienza di altre e altri negli stessi anni.

2. Tra biografia e poiesis: nel «silenzio della crisalide»

La vicenda umana e letteraria di Maria Ermegilda Fuxa (Alia, 12 dicembre 1913-Palermo, 23 luglio 2004) è stata tracciata da Maria Teresa Lentini⁵ e si configura come un paradigmatico caso di studio nell'ambito della letteratura italiana del Novecento per l'intrinseca connessione tra esistenza travagliata e produzione poetica. Nata nel piccolo centro madonita della provincia palermitana da Edgard Fuxa, insegnante discendente da un antico lignaggio siculo-spagnolo al cui interno troviamo anche esponenti garibaldini, e Beatrice Maria Teresi, Maria Ermegilda condivise la nascita con la gemella Nicoletta Ermelinda, figura che proietterà un'ombra complessa su tutta la sua vita.

Il trasferimento della famiglia a Palermo, dettato da esigenze formative, segnò per la giovane Maria un primo significativo sradicamento traumatico, acuito da un contesto familiare percepito come anaffettivo. Il rapporto con i genitori, in particolare con una madre descritta come rigida e depressa e con un padre esigente e poco incline al dialogo, contribuì a generare in lei un profondo malessere esistenziale, che si manifestò precocemente in una spiccata introversione e in difficoltà relazionali, alimentando un senso di estraneità. Ciò la portò a dubitare persino della propria appartenenza familiare e a fantasticare di essere stata adottata, *topos* non infrequente in personalità dalla spiccata sensibilità ferita.

Centrale nella sua biografia è il legame ambivalente, dal punto di vista psicologico, con la sorella Nicoletta. La dinamica della coppia gemellare, come analizzato da Len-

Turchetta, *Dino Campana. Biografia di un poeta*, Marcos y Marcos, Milano 1985. Tra i più recenti studi su Tobino si rimanda a: N. Amelii, *La comunità fragile. La malattia psichiatrica in Mario Tobino e Paolo Milone*, in «Griseldaonline», 22 (2023), n. 1, pp. 131-142: <https://doi.org/10.6092/issn.1721-4777/15468> (ult. cons. 27/07/2025).

⁵ M.T. Lentini, *La voce della crisalide. Sulla vita della poetessa Maria E. Fuxa ed altre cronache*, Molicani, Palermo 2019.

tinì⁶, si tradusse per Maria in una costante lotta per l'individuazione, vissuta sotto il segno della subalternità e del confronto sfavorevole. Questa relazione, oscillante tra affetto e rivalità, troverà eco dolorosa nella sua poesia, in particolare nei versi dedicati all'amore perduto per un giovane fidanzato sottrattole proprio dalla sorella⁷. Questo evento traumatico segnò un punto di non ritorno, culminando in un tentativo di suicidio e inaugurando la lunga e drammatica stagione della malattia mentale.

La sua formazione avvenne in istituti palermitani di prestigio, come il collegio del Giusino e l'istituto magistrale De Cosmi, dove conseguì il diploma di maestra. Tuttavia, l'esperienza scolastica non le offrì sollievo. La sua vera compagna divenne presto la poesia, un canale espressivo favorito sin dall'adolescenza grazie alla sua intelligenza, attraverso cui tentava di dare forma ad un complesso mondo interiore, oscillante tra percezioni acute della realtà – talvolta definite «extrasensoriali» dal punto di vista clinico⁸ – e profonde crisi di angoscia. Lentini caratterizza questa fase di vita di Maria Fuxa parlando di «anestesia emozionale»⁹.

Dopo la diagnosi di disturbi di depressione e schizofrenia, la vita di Maria Fuxa fu segnata da lunghi periodi di ricovero in istituti psichiatrici, in particolare al Pietro Pisani di Palermo, che divenne la sua dimora coatta per oltre cinquant'anni, all'interno della quale subì elettroshock, shock insulinico e terapie con psicofarmaci. Questo periodo di reclusione, vissuto come una «morte civile» a seguito dell'interdizione¹⁰ acuì il suo processo di «alienazione e derealizzazione»¹¹ ma paradossalmente fornì anche il contesto da cui la sua voce poetica trasse la sua più autentica espressione.

Un breve interludio milanese, nel tentativo di ricostruire una vita dopo il primo ricovero, si rivelò effimero. Il ritorno in una Sicilia devastata dalla Seconda guerra mondiale non fece che confermare la sua condizione di “straniera”, errante tra le macerie fisiche e quelle della propria psiche. Trovò parziale conforto nella lettura e nello studio presso la Biblioteca nazionale di Palermo, immergendosi da autodidatta nei classici, tra i quali Tasso, Foscolo e Leopardi, poi Pascoli e Campana – con il quale Fuxa condivide alcune affinità cliniche – e nei contemporanei come Ungaretti e Quasimodo. Negli anni giovanili e non solo coltivò lo studio privatistico del pianoforte, strumento attraverso il quale riuscì a trasmettere l'intensità della propria vita interiore. La sua predilezione musicale si indirizzò verso compositori quali Schubert, Mendelssohn e Beethoven. Per un periodo considerevole della sua vita professionale, inoltre, ricoprì il ruolo di archivista presso la sezione femminile del

⁶ *Ivi*, pp. 65-78.

⁷ *Ivi*, pp. 75-78.

⁸ *Ivi*, p. 73.

⁹ *Ivi*, p. 64.

¹⁰ *Ivi*, p. 109.

¹¹ *Ivi*, p. 108.

Pisani, distinguendosi per la sua diligenza.

La *poiesis* di Maria Fuxa emerge come «un processo catartico scaturito dal caos»¹²: un tentativo di ricomporre i frammenti di un'identità franta, di dare voce all'«inascoltato canto»¹³ di chi è relegato ai margini, in una dimensione di vita «altra» che risponde a quanto espresso da Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia nel 1971:

Dobbiamo aumentare la tolleranza nei confronti del comportamento deviante nelle situazioni umane, restringendo invece la tolleranza istituzionale per il comportamento deviante nel campo tecnico: nessuno dovrebbe soffrire per incompetenza, negligenza o cattiva volontà. Dovremo sostituire alle vecchie abitudini che assegnavano alle persone di intelligenza limitata e limitata capacità di rapporto interpersonale, un ruolo sociale, nuove abitudini che forniscano a queste persone un posto nella società¹⁴.

Proprio il disallineamento artistico di Fuxa risulta congruo alla devianza comportamentale di cui parlano gli studiosi; dunque – mutuando da Foucault e Agamben – il dispositivo manicomiale deve rispondere all'anti-dispositivo proposto dalla poesia, in grado di eradicare quel doppio contrassegno o stigma sopraccitato.

3. «Solitudine/ o vasta e profonda solitudine»: dentro l'opera attraverso la storia

La produzione letteraria di Maria Fuxa è raccolta in tre volumi che presentano titoli rappresentativi, usciti per la casa editrice Asla di Palermo di Ugo Zingales¹⁵: *Voce dei senza voce* (1980) – da cui è tratto il verso di questo paragrafo, che riporta una parola chiave della poeta –, *Lasciatemi almeno la speranza* (1984) e *Paesaggi dell'anima* (1990). Sono numerosi i premi internazionali a lei conferiti già a partire dagli anni Settanta¹⁶. Pur aggrappata al dramma personale, la parola poetica

¹² *Ivi*, p. 111.

¹³ *Ivi*, p. 195.

¹⁴ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, B.C. Dalai, Milano 2010 (I ed. 1971), p. 50, ebook.

¹⁵ Nato nel 1926, ha dedicato la sua vita alla cultura attraverso molteplici ruoli: giornalista dal 1946; fondatore del «Cinema educativo popolare» (1950); e dirigente sindacale impegnato nelle lotte contadine siciliane, dal 1960 si è dedicato principalmente all'ambito culturale, fondando l'Associazione siciliana per le Lettere e le Arti (Asla), promuovendo premi letterari nazionali e concorsi artistici. Poeta, scrittore, accademico e editore è stato nominato cavaliere dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana.

¹⁶ Possiamo menzionarne alcuni, attribuiti anche fuori dalla Sicilia: primo premio al primo Concorso letterario *Questo nostro ambiente* di Genova, 26 gennaio 1971; International Academy of Sciences and Arts, Unesco, New York; primo premio assoluto, trofeo e diploma, al *Concorso internazionale* di Genova, 11 ottobre 1978; terzo premio ex aequo al quinto *Premio di poesia Città di Marineo* (Pa), sezione poesia dialettale, 1979; quinto premio al *Concorso di poesia Valle del Belice di Vita* (Tp), 11

di Fuxa assume una valenza universale, testimoniando la funzione salvifica svolta, anche nelle condizioni più estreme di sofferenza e isolamento, dal genere letterario scelto. La sua figura si iscrive senza dubbio nel solco di quegli autori per i quali la scrittura diviene strumento di terapia e di sopravvivenza ma anche di affermazione di un sé altrimenti negato.

L'opera, come già attesta l'aletta di copertina della prima raccolta, «acquista un valore di documento», facendosi deposizione della disumanizzazione manicomiale e un «canto» levato dal «deserto» dell'emarginazione, per lei e per numerosi pazienti.

John Foot, in *La "Repubblica dei matti"*, descrive il manicomio come un mondo a sé stante, con le sue regole, le sue gerarchie e i suoi rituali. All'interno di quel microcosmo, i pazienti erano privati della loro identità e della loro libertà, ridotti a mere diagnosi e sottoposti a trattamenti spesso disumani¹⁷.

Quello che Fuxa conobbe non è la struttura originaria della Real Casa dei Matti di Palermo, voluta nella seconda metà dell'Ottocento dalla regina Maria Carolina e dal barone Pietro Pisani, ma è il nuovo manicomio di via Pindemonte.

Nel panorama della psichiatria italiana degli anni Settanta, Palermo fu un teatro particolare. Le ricerche di Manoela Patti illuminano come l'istituzione manicomiale trascendesse la mera dimensione custodialistica per soggetti psichiatricamente compromessi, assumendo piuttosto le sembianze di un "asilo" nel senso più ampio del termine. Questi luoghi divennero infatti ricettacolo anche per individui affetti da patologie non necessariamente psichiatriche¹⁸.

Un primo significativo preludio alla metamorfosi dell'universo manicomiale si era già manifestato nel 1968 con la promulgazione del dispositivo legislativo di Luigi Mariotti, che schiudeva le porte degli ospedali psichiatrici a figure professionali precedentemente escluse dalla scena terapeutica: assistenti sociali, psicologi, rappresentanti del clero e volontari poterono così constatare le condizioni di sostanziale carcerazione in cui languivano i ricoverati, iniziando contestualmente ad operare per sovvertire tale sistema oppressivo. Il rinnovato approccio alla salute mentale nel contesto isolano siciliano arriva a Palermo alla fine degli anni Settanta, proprio quando Fuxa fu internata, e intreccia il ruolo di professionisti, della politica e dell'intervento della componente studentesca. Solamente durante gli anni Ottanta e Novanta si assistette anche

maggio 1980; primo premio al *Concorso internazionale di poesia Albatros* di Roma, 20 giugno 1981; quarto premio al *Concorso internazionale di poesia Tevere*, di Roma, 20 giugno 1981; secondo classificato al *Premio internazionale letterario Scrittore d'oro* di Modena, ottobre 1981; IV premio ex-aequo, diploma e medaglia d'argento del Comune di Milano, 20 dicembre 1981; nell'ottobre 1981, a Bassano Romano (Vt), ricevette il diploma di accademico benemerito dell'Accademia Culturale d'Europa.

¹⁷ J. Foot, *op. cit.*

¹⁸ M. Patti, *La deistituzionalizzazione nel Mezzogiorno: lotte antistituzionali e rinnovamento psichiatrico a Palermo e Reggio Calabria tra anni sessanta e settanta*, in «Meridiana: rivista di storia e scienze sociali», 102 (2021), pp. 171-194; M. Patti, *Meglio 'fuori' che dentro: Palermo contro il manicomio*, in «Zapruder: rivista di storia della conflittualità sociale», 61 (2023), pp. 35-54.

nelle regioni meridionali alla genesi dei primi esperimenti socioterapeutici, orientati alla reintegrazione dei pazienti psichiatrici nel consorzio civile, confermati anche dal documentario *La voce di chi non ha voce* per la regia di Gianni Balistreri¹⁹, in cui compare la stessa Fuxa. Lei sperimenta in prima persona la violenza e l'oppressione di questo sistema manicomiale, la spersonalizzazione e la perdita di dignità attraverso le terapie, ma conosce anche le novità e i cambiamenti evidenziati sino a qui.

4. Una voce che non si spezza

In questo contesto, la poesia diventa uno strumento di riscatto, come nel testo che segue, sezione omonima della prima raccolta:

Follia nuda

Follia...
follia nuda,
c'è in te un mutar di voci,
un brivido di vita,
un frantumarsi di sogni e di speranze,
un affannoso respiro,
una corsa disperata verso l'irreale.
forse pure un sogno ed un sorriso...²⁰

L'elencazione dei sostantivi fonda il linguaggio poetico, in una sorta di antitesi continua, che si rivela nei versi liberi e, in particolare, tra verso e verso. La poeta conserva "sogni" e "speranze" per sopravvivere, alla propria condizione e all'osservazione. Nel 1979-1980 questo testo vinse il primo premio al concorso Dino Campana del Centro culturale *Questo nostro ambiente* di Genova.

Nello spazio manicomiale il tempo diventa simbolo e sintomo, come in *Le ore*: «Le ore/ sono cascate/ che irrompono/ nel cammino di un uomo,/ poi si disperdono...»²¹. L'assenza del tempo o la sua rarefazione è inevitabile nel nonluogo dell'ospedale psichiatrico, tanto che in *Tic Tac* ciò viene ribadito: «Tic... tac.../ tic... tac.../ le ore/ scorrono lente.../ Forse qualcuno mi chiama.../ ma la sua voce è per me/ silenzio,/

¹⁹ Programma ideato e curato da Lillo Busuito per la regia di Gianni Balistreri, ora in «Rai Teche», andato in onda il 25 giugno 1991 con interventi dei dottori Maria Ales, Eliana Biamonte, Renato Nasta e Saverio Stassi, di Maria Fuxa, degli assistenti sociali Letizia Battaglia, Vincenza Romano e Franco Zecchin, degli assistenti ospedalieri Rita Grimaldi e Luigi Pizzo, dell'animatore Salvo Pitruzella. G. Balistreri, L. Busuito, *La voce di chi non ha voce*, documentario, Italia 1991, 40', <http://www.regionesicilia.rai.it/dl/sicilia/video/ContentItem-6b182680-8778-4be7-ac53-9304bd4b10c1.html> (ult. cons. 27/07/2025).

²⁰ M. Fuxa, *Voce dei senza voce*, ASLA, Palermo 1980, p. 61.

²¹ *Ivi*, p. 63.

angoscia,/ gelo...»²².

Opposta alla voce-vita del primo testo, la voce che chiama la paziente assume nel tempo un segno negativo perché le «Ore senza tempo» sono «[...] tormento di vita,/ pianto angoscioso su terra insanguinata,/ silenzio vano di sogni sfioriti,/ vento infuocato in un deserto chiuso.../ Ore senza tempo, pallida visione di un futuro smorto [...]»²³. L'interrogarsi sul proprio sé è cifra di questa poesia, tanto che il testo successivo, *Dov'è la mia vita*, delimita i confini dell'autoriflessione: «Forse è là tutta la mia esistenza/ che sembra gelare e divenire/ un mosaico di antico silenzio...»²⁴. In filigrana in questi versi si legge una sintomatologia depressiva.

Alcuni tra i titoli eloquenti di testi che seguono sono *Finestra chiusa* ed *Evadere*, che sottolineano la limitazione della reclusione. Quell'«io» poetico riverbera poi in alcuni testi dialettali, nei quali Fuxa sperimenta un altro linguaggio ma anche racchiude la voce delle compagne e dei compagni:

Matruzza mia, comu sugnu stanca
prima ancora d'agghiurnari!
Ogni jornu mi susu araciu araciu
quannu li malati ancora dòrminu.
Dòrminu?! Avutru chi dormiri!
semu alluppiati cu li pinnuli...
Tutta la notti, 'ni stu cammarunni,
quinnici malati: una runfulia,
n'autra si firria smanianu,
c'è cu chianci comu 'na canuzza
quannu ci mori lu patruni;
mi sentu sula sulidda
e mi strinciu nica nica
'ni stu lettu c'assumigghia
a 'na cruci di ferru:
di sta vita scunzulata
nun 'ni pozzu 'chiù;
sta matina mancu la forza sentu di susirimi
'pi cuminciari sempri a stessa vita...
«Susìtivi... susìtivi» grira l'infirmiera
«sùbbitu picchì è tardu... susìtivi, susìtivi... »
Lu cammaruni diventa un manicomiu:
cu tira li cuscina, cu strazza li linzola,
cu si scummogghia tutta...
Arrivanu li cati e li vastuna,

²² *Ivi*, p. 65.

²³ *Ivi*, p. 66.

²⁴ *Ivi*, p. 67.

portanu li scupi, li pezzi e l'acqua.
 «Avanti... avanti... travagghia tu...
 pigghia stu catu» Guai se nun si travagghia!
 Ci trattanu comu scecchi e comu muli,
 comu porci semu arridduciuti!
 Ah! casuzza mia bedda e ciavurusa
 sciacquata e pulita comu 'na batìa,
 tuttu lu jornu ti chianciu e ti disìu...
 Si putissi... si putissi pigghiassi sti vastuna
 e rumpissi tutti cosi: li cucchiarazzi fitusi,
 li camelli chi pisanu comu lu chiummu...
 e ghitassi 'n terra ddi piattazzi nìvuri
 grirannu: «Marilittu stu manicomiu!
 basta!... accusi si trattanu li cristiani?!
 c'avemu fattu di mali?»
 Signuri miu, nun ni pozzu 'chiù,
 chianciu già di prima matina...
 stannu megghiu assai li carcerati! Chianciu già di prima matina²⁵.

Come sono stanca, madre mia/ già prima del farsi giorno!/ Ogni giorno mi alzo
 piano piano/ mentre le malate ancora dormono. Dormono?! Altro che dormire!/
 Siamo addormentate con le pillole.../ Tutta la notte, in questo stanzone,/ quindici
 malate: una russa,/ un'altra si rigira smanando,/ c'è chi piange come una cagno-
 lina/ quando le muore il padrone;/ mi sento sola soletta/ e piccola piccola mi
 stringo/ in questo letto che assomiglia/ a una croce di ferro:/ di questa sconsolata
 vita/ non ne posso più;/ questa mattina non sento nemmeno la forza di alzarmi/
 per cominciare sempre la stessa vita... «Alzatevi... Alzatevi» grida l'infermiera/
 «Subito ché è tardi... alzatevi, alzatevi...»/ Lo stanzone diventa un manicomio:/
 chi tira i cuscini, chi strappa le lenzuola,/ chi si scopre tutta.../ Arrivano i secchi
 e i bastoni,/ portano le scope, le pezze e l'acqua./ «Avanti... avanti... tu lavora.../
 prendi questo secchio» Guai se non si lavora!/ Ci trattano come asini e come muli
 da soma, siamo ridotte come maiali!/ Ah! casa mia bella e odorosa/ sciacquata e
 pulita come una abbazia,/ ti desidero e ti piango tutto il giorno.../ Se potessi...
 Se potessi prendere questi bastoni/ e rompere tutte cose: i cucchiai sporchi,/ i
 cammelli che pesano come il piombo.../ E per terra butterei tutti quei piatti neri/
 gridando: «Maledetto è questo manicomio!/ Basta!... questo è il modo di trattare
 le persone?!/ Che male abbiamo fatto?»/ Signore mio, non ne posso più,/ piango
 già di prima mattina.../ Meglio di noi stanno i carcerati!²⁶

Questi versi focalizzano lo sguardo sul rapporto tra operatori e pazienti, lo de-

²⁵ *Ivi*, pp. 75-76.

²⁶ Traduzione originale di D. Martinez in *Maria Fuxa, una voce dal silenzio*, in «Le Ortiq», 7 marzo 2021: <https://leortique.wordpress.com/2021/03/07/maria-fuxa-una-voce-dal-silenzio/> (ult. cons. 27/07/2025).

scrivono, così come portano in primo piano le attività e la condizione di fatica degli internati, sottoposti a lavori pesanti nel reparto. È una fotografia impietosa di quel “lager”, così definito anche da Sergio Buonadonna nell'inchiesta su «L'Ora» di Palermo il 2 marzo 1971 su cui in questa sede torna Manoela Patti.

Il transito cui Fuxa sopravvive è quello dell'*Esclusa* che si interroga affinché la sua voce: «[...] non rimanga “emarginata”/ su questa croce di ferro/ che m'inchioda/ come un cupo silenzio di tomba./ Che non rimanga “esclusa”/ su questo letto di ospedale,/ ove il sole e la speranza/ sono velati ormai di pianto». Dopo le terapie c'è in lei *Ombra e luce*, titolo di una lirica della successiva raccolta: «Un'ombra/ ha ingoiato i miei ricordi/ ma il mio spirito/ è pervaso di luce»²⁷ nonostante un sentire divisivo che la porta a scrivere: «[...] mi ritrovo inchiodata/ nel mio mondo irreal»²⁸.

La contrapposizione realtà/irrealtà pervade i testi, così come c'è spazio per un rapporto con la religione, più volte provato da testi nelle raccolte del 1984 e del 1990 (con prefazioni del gesuita Giuseppe Impastato) ma anche da una sezione autobiografica inserita nella raccolta del 1990, in cui il personaggio biblico di Ester ripercorre l'opera concedendo voce a quel “consorzio umano” di simili, ad esempio in *L'emarginato*: «Dove sei tu, ‘emarginato’?/ Solo,/ povero, indifeso/ in un mondo chiuso.../ Inutile/ battere, piangere, soffrire!/ Chiuse/ rimangono le porte dopo tanto battere...»²⁹.

5. La critica e l'opera

La poesia di Maria Fuxa emerge secondo una testualità che esprime profonda risonanza con l'umano. La scrittrice Solange De Bressieux ha parlato dell'inferno di solitudine e angoscia in cui è nata questa poesia, sottolineando come, nonostante la privazione di libertà, la poetessa abbia conservato la sua integrità spirituale e morale. Guido Massarelli, de «Il Pungolo Verde», ha descritto *Voce dei senza voce* come un volume che canta «la solitudine e la emarginazione e la violenza del nostro tempo»³⁰. Nella trasmissione *Poesia oggi* di Radio 2-Rai si è evidenziato come Maria Fuxa esprima con «lacerante intensità emotiva» la condizione particolare di chi è vissuta «al di là delle grate e dei cancelli chiusi di un luogo di dolore e di disperazione come le case di cura», definiti eufemisticamente «case di cura per malattie nervose» o «famosi manicomi». Selim A. Tietto, sul «Corriere Veneto», ha individuato nell'opera di Fuxa un'angolatura «interiore» che mette in luce «l'amarezza dell'emarginazione e l'oppressione del più debole»³¹.

Più di recente Lorenzo Spurio è incorso in una comparazione tra Maria Fuxa ed

²⁷ M. Fuxa, *Lasciatemi almeno la speranza*, ASLA, Palermo 1984, p. 56.

²⁸ *Ivi*, p. 57.

²⁹ M. Fuxa, *Paesaggi dell'anima*, ASLA, Palermo 1990, p. 53.

³⁰ M. Fuxa, *Lasciatemi almeno la speranza*, cit., pp. 125-129.

³¹ *Ibidem*.

Alda Merini che appare forzata, quasi un tentativo di nobilitazione attraverso un paragone illustre ma non pertinente per ciò che concerne, ad esempio, il piano editoriale: sono, infatti, due autrici agli antipodi quanto a fortuna letteraria, collocate in luoghi significativamente diversi (Milano e Palermo), con una storia dissimile di internamento, che per Fuxa fu lungo e travagliato. Il critico coglie tuttavia la cifra stilistica peculiare e il dolore sommerso, la disperazione filtrata dalla delicatezza della poeta siciliana, la cui tenacia emerge malgrado la prigionia esistenziale e sociale, illuminando così una voce poetica dalla pudica compostezza³². La poeta Anna Maria Bonfiglio conferma: «a un certo punto della sua vita la Merini è riuscita ad affrancarsi dalla sua costrizione e, grazie anche a una spinta mediatica, ha potuto vivere la sua vita, manifestandosi nella sua libertà di essere e di apparire»; viceversa la vita di Maria Fuxa «ha subito una cesura che l'ha tagliata fuori da un futuro di donna e madre»³³.

Anche la poeta Daïta Martinez riflette sul tentativo di annientamento dell'identità di Fuxa, detta «esclusa tra le escluse»: una definizione che ne sottolinea la marginalità estrema ma che al contempo esalta la forza resiliente della poesia come strumento di espressione resistente in un contesto di violenza e indifferenza. Martinez smaschera le rimozioni collettive affrontate da Fuxa, affinché una sua rilettura sia auspicabile³⁴.

6. Un'eredità peculiare

L'opera di Maria Fuxa può essere letta alla luce della rivoluzione simbolica innescata da Franco Basaglia, come esempio di irriducibile singolarità. Come ha sottolineato Marina Guglielmi,

Il racconto del manicomio può interessare quindi ogni forma di narrazione scaturita dal dispositivo narrativo del luogo psichiatrico, sia esso l'istituzione superata dell'ospedale psichiatrico o la clinica privata o il centro di igiene mentale. In questi luoghi la narrazione del disagio individuale acquista una forma collettiva e relazionale che necessariamente la distingue dal racconto psicanalitico e dal racconto della cura *vis a vis*³⁵.

È certamente questa la collocazione che si dovrà considerare per il *corpus* di Fuxa,

³² L. Spurio, *L'Alda Merini della terra di Sicilia: note su Maria Ermegilda Fuxa*, in L. Spurio (a cura di), *Sicilia. Viaggio in versi*, Associazione Culturale Euterpe, Jesi 2019, pp. 165-167.

³³ A.M. Bonfiglio, *Maria Fuxa nel racconto di Anna Maria Bonfiglio*, in «Le Ortique», 13 ottobre 2021: <https://leortique.wordpress.com/2021/10/13/maria-fuxa-nel-racconto-di-anna-maria-bonfiglio/> (ult. cons. 27/07/2025).

³⁴ D. Martinez, *Maria Fuxa, una voce dal silenzio*, cit.

³⁵ M. Guglielmi, *Memoria traumatica e memoria psichiatrica. Peppe dell'Acqua e il racconto di un manicomio di confine*, in «Novecento Transnazionale. Letterature, arti e culture», 6 (2022), pp. 210-223, p. 222: <https://doi.org/10.13133/2532-1994/18027> (ult. cons. 27/07/2025).

un raro documento contemporaneo in grado di rispondere a quell'«urgenza di narrazione post-traumatica» evidenziata sempre da Guglielmi³⁶.

Fuxa offre una registrazione diretta di questo trauma, mostrandoci le conseguenze della segregazione e della violenza istituzionale da un punto di osservazione interno e personale che partecipa a quanto affermato da Vinzia Fiorino, ossia: «La coscienza della propria malattia, la consapevolezza dei propri errori, l'idea del sé malato, costituiscono la partita su cui si gioca l'internamento».³⁷ Su questo terreno le donne si rivelano come *exempla* di «qualcosa di mai definito al femminile» prima di allora, come ha proposta ancora una volta Manoela Patti³⁸.

Eppure Fuxa deve essere collocata al di fuori di pratiche militanti, cui non ha mai aderito probabilmente per ragioni anagrafiche. La sua opera si muove ai bordi di questioni di genere, considerate capitali da gruppi e movimenti interni al femminismo italiano.

Nell'alveo della poesia italiana del secondo Novecento, la presenza insolita di Maria Fuxa si profila ai margini di un sistema sociale, letterario e editoriale che soltanto in parte è stato in grado di assorbire il portato artistico e testimoniale di soggetti liminali. La sua parola poetica, in «grado di cogliere emozioni di altre e di altri» costretti alla reclusione manicomiale³⁹, perviene ancora oggi con l'urgenza d'un legato di valore, deposizione viva d'una esperienza umana che travalica il contingente per farsi unanime. Mai ripiegata sul proprio io, in sterile autocommiserazione, la voce di Fuxa, pur germinando dal terreno aspro della sofferenza psichica, «apre ai vasti orizzonti della vita e fa comprendere la vita nella sua realtà»⁴⁰, accogliendo nei versi anche le voci di chi la affiancava e non poteva parlare, attrici e attori con lei della deistituzionalizzazione al fine di raggiungere una «restituita soggettività».

In tale prospettiva ermeneutica, l'opera appare come un preziosissimo *pharmakon*, al contempo denuncia e rimedio, invocazione alla solidarietà umana e monito a preservare nella memoria collettiva la storia di un'istituzione come quella del Pisani di Palermo. L'eredità poetica interpella con forza il lettore, unico *vis à vis* ammissibile, esortandolo a perseguire un orizzonte sociale in cui il disagio mentale diventi oggetto di sollecitudine terapeutica e premessa di resilienza e inclusione.

D'altronde altri pazienti si allineerebbero ai versi affidati da Fuxa a *Non chiedo*: «Non chiedo pietà/ anche se la mia anima brucia/ [...] Non chiedo pietà/ anche se il mio cuore grida/ e non risponde l'eco.../ Chiedo solo/ di appartenere a me stessa»⁴¹.

³⁶ *Ivi*, p. 212.

³⁷ V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in «Memoria e ricerca», 47 (2014), pp. 11-28, p. 21.

³⁸ M. Patti, «Qualcosa mai definito al femminile». *Lotte, esperienze e pratiche femminili nella deistituzionalizzazione italiana*, in «Genesis», XXIII (2024), n. 2, pp. 121-143.

³⁹ G. Balistreri, L. Busuito, *La voce di chi non ha voce*, cit.

⁴⁰ *Ibidem*. La definizione è della stessa Fuxa.

⁴¹ M. Fuxa, *Lasciatemi almeno la speranza*, cit., p. 123.

Alda Merini racconta Adalgisa Conti: testimonianze dell'internamento femminile

Mara Sabia

L'esperienza dell'internamento per Alda Merini segna una tappa nuova nel suo ampio percorso letterario. «Le ombre della mente» – per citare Maria Corti, che aveva conosciuto a soli diciassette anni¹ –, cui aveva fatto seguito un breve ricovero presso la clinica privata per malattie nervose Villa Turro, non avevano provocato cambiamenti evidenti nella sua produzione poetica: ciò invece avvenne dopo la conoscenza dell'ospedale psichiatrico. Lasciate definitivamente le mura manicomiali, Merini inizierà a rielaborare la propria esperienza d'internamento prima in versi, con la raccolta monotematica *La Terra Santa*², pubblicata da Scheiwiller nel 1984, poi nel 1986 nella prosa *L'altra verità. Diario di una diversa*³, un testo singolare che non si colloca completamente nel solco del genere diaristico come il titolo lascerebbe intuire. Giorgio Manganelli, nella prefazione che ne accompagna alcuni stralci anticipati sulla rivista «Alfabeta»⁴, sostiene che l'opera non sia una testimonianza quanto piuttosto una «ricognizione»:

Il *Diario di una diversa* di Alda Merini non è un documento, né una testimonianza sui dieci anni trascorsi dalla scrittrice in manicomio. È una ricognizione, per epifanie, deliri, nenie, canzoni, disvelamenti e apparizioni, in uno spazio – non un luogo – in cui, venendo meno ogni consuetudine e accortezza quotidiana, irrompe il suo naturale inferno e il naturale luminoso dell'essere umano⁵.

¹ Cfr. M. Corti, *Introduzione*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, Einaudi, Torino 1991, pp. V-X, p. VI.

² A. Merini, *La Terra Santa*, All'insegna del pesce d'oro, Milano 1984.

³ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Libri Scheiwiller, Milano 1986. In edizione accresciuta A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa. Nuova edizione accresciuta*, Rizzoli, Milano 1997, ora anche in A. Merini, *Il suono dell'ombra. Poesie e prose (1953-2009)*, a cura di A. Borsani, Mondadori, Milano 2010, pp. 701-787.

⁴ Cfr. A. Merini, *Il giardino d'estate era pieno d'uccelli*, in «Alfabeta», V (1983), n. 52, p. 10. «Alfabeta» era una rivista culturale fondata nel 1979 a Milano da Nanni Balestrini e della cui redazione anche Maria Corti fu parte insieme a molti esponenti del Gruppo 63, come il poeta Antonio Porta, i filosofi Umberto Eco e Pier Aldo Rovatti, gli scrittori Francesco Leonetti e Paolo Volponi, il grafico Gianni Sassi, Mario Spinella e Gino Di Maggio. Si aggiunsero, a partire dal decimo numero, Omar Calabrese, Maurizio Ferraris e Carlo Formenti.

⁵ G. Manganelli, *Prefazione*, in A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Libri Scheiwiller, Milano 1993, p. 7.

In una nota presente nell'edizione Rizzoli de *L'altra verità* del 1997 l'autrice, invece, dichiara che il libro fu «liberamente tratto dalla cartella clinica del dottor Enzo Gabrici»⁶ e quindi ispirato a fatti reali annotati durante il ricovero all'ospedale psichiatrico Paolo Pini, dove il medico l'ebbe in cura. Si tratterebbe, dunque, di una rielaborazione dell'esperienza manicomiale spinta probabilmente anche dalla conoscenza di una vicenda apertamente citata tra le pagine de *L'altra verità*: la storia di Adalgisa Conti, che Merini apprende dal libro *Manicomio 1914. Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*⁷ e in cui si riconosce⁸.

Adalgisa Conti è una donna nata a Pieve Santo Stefano nel 1887 e internata nel manicomio di Arezzo su richiesta del marito il 17 novembre 1913. La poetessa definisce le circostanze del suo ricovero e di quello di Adalgisa «analoghe» benché verificatesi a distanza di oltre un cinquantennio, ciò porta a riflettere sulle condizioni dell'internamento, soprattutto femminile, che non aveva subito nel tempo alcun cambiamento.

1. «Mio marito non trovò di meglio che chiamare un'ambulanza»⁹

L'altra verità si apre sul racconto del primo internamento dell'autrice. È domenica 31 ottobre 1965; in seguito a una lite con il marito, Merini subisce un ricovero coatto:

Quando venni ricoverata per la prima volta in manicomio ero poco più di una bambina, avevo sì due figlie e qualche esperienza alle spalle, ma il mio animo era rimasto semplice pulito, [...] del resto ero poeta e trascorrevo il mio tempo tra le cure delle mie figlie e il dare ripetizione a qualche alunno [...]. Insomma ero una sposa e una madre felice, anche se talvolta davo segni di stanchezza e mi si intorpidiva la mente. Provai a parlare di queste cose a mio marito, ma lui non fece cenno di comprenderle e così il mio esaurimento si aggravò, e morendo mia madre, alla quale io tenevo sommamente, le cose andarono di male in peggio tanto che un giorno, esasperata dall'immenso lavoro e dalla continua povertà e poi, chissà, in preda ai fumi del male, diedi in escandescenze e mio marito non trovò di meglio che chiamare un'ambulanza, non prevedendo certo che mi avrebbero portata in manicomio. Ma allora le leggi erano precise e stava di fatto che ancora nel 1965 la donna era soggetta all'uomo e che l'uomo poteva prendere delle decisioni per ciò che riguardava il suo avvenire»¹⁰.

⁶ Cfr. A. Merini, *Per l'edizione 1997*, in A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa. Nuova edizione accresciuta*, cit., p. 148.

⁷ A. Conti, *Manicomio 1914. Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, a cura di L. Della Mea, Mazzotta, Milano 1978, poi A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, a cura di L. Della Mea, Jaca Book, Milano 2000.

⁸ «Recentemente ho trovato in una libreria il libro dell'Adalgisa Conti, fatta ricoverare in circostanze analoghe alle mie»: A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 14.

⁹ *Ivi*, p. 11.

¹⁰ *Ibidem*.

La stanchezza per il *ménage* familiare unita alle incomprensioni con il coniuge e alla perdita dell'amata madre sono le motivazioni che la poetessa avverte come possibili cause della sua crisi psichica. Il marito di Alda Merini, Ettore Carniti, era un uomo poco avvezzo all'ambiente letterario milanese che la poetessa frequentava. Merini lo descrive talvolta come saggio, mite e consumato dal rimorso¹¹, talvolta come dedito al gioco, all'alcol e poco incline alla comprensione¹². Anche le figlie si mostrano insofferenti rispetto all'attività letteraria della madre. In un'intervista, infatti, la figlia Barbara dichiara: «la vivevo come una madre difficile, odiavo la sua scelta di dedicarsi alla poesia, perché più della follia era la poesia a portarmela via, a farle trascurare la famiglia»¹³, come se lo stato ontologico di poetessa non potesse coesistere con quello di madre. Ciò è emblematico del grado di difficoltà sperimentato da Merini nel coniugare il ruolo di poeta con quello di «madre e sposa felice»¹⁴ esplicitato nell'*incipit* de *L'altra verità*.

La vicenda manicomiale di Merini inizia, dunque, in maniera simile a quella di molte altre donne, anche di epoche precedenti: «devianza femminile» era il nome generico attribuito ai comportamenti non in linea con quanto ci si aspettava da una donna «angelo del focolare»¹⁵. In questo caso il contrasto tra le aspettative familiari e quelle della poetessa aprirà la strada a quel conflitto interiore che sarà interpretato dal marito, e dai medici, come ragione sufficiente per l'internamento in manicomio, agevolato dalle leggi allora in vigore. Nel 1965, infatti, la normativa prevedeva la cosiddetta potestà maritale ai sensi dell'articolo 144 del Codice civile del 1942, che attribuiva all'uomo il potere decisionale su moglie e figli (fu abrogato solo il 19 maggio del 1975 dalla legge n. 151, che riformò il diritto di famiglia). A regolamentare i ricoveri manicomiali era ancora la legge n. 36 del 14 febbraio 1904, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*¹⁶.

¹¹ A. Merini, *Il tormento delle figure*, Il melangolo, Genova 1990, p. 47.

¹² Cfr. E. Carniti, *Alda Merini, mia madre*, Manni Editori, San Cesario di Lecce 2019, pp. 49-50.

¹³ Cfr. P. Di Stefano, *Il muro di Alda*, in «Il Corriere della Sera», 1 giugno 2016, p. 25. L'intervista è rintracciabile anche al link https://www.corriere.it/cronache/16_giugno_01/muro-alda-b41dd97c-276e-11e6-b6d8-61e1297457c9.shtml (ult. cons. 26/07/2025).

¹⁴ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 11.

¹⁵ In merito all'internamento femminile si vedano almeno V. Fiorino, *Matti indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002; A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2017; C. Carrino, *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950)*, Carocci, Roma 2018.

¹⁶ Il testo è anche in https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/1904_legge_Giolitti.pdf (ult. cons. 26/07/2025).

2. La storia di Adalgisa

La storia di Adalgisa Conti è stata sottratta all'oblio grazie a Luciano Della Mea, giornalista e ricercatore del Consiglio nazionale delle ricerche che nel 1977, studiando le cartelle cliniche dei lungodegenti dell'ospedale psichiatrico di Arezzo¹⁷ per cercare materiale utile alla seconda edizione del libro *I tetti rossi*¹⁸, s'imbatté in una cartella contenente alcune lettere mai recapitate e uno scritto autobiografico sotto forma di lettera a un medico, redatta di proprio pugno da una donna internata. Questo solo elemento è duplicemente degno di nota: una donna che nel 1914 avesse un grado di istruzione adeguato per redigere un testo in modo autonomo è una rarità, così come che una internata potesse scrivere, seppure sotto supervisione: in manicomio era vietato l'utilizzo di qualunque oggetto potenzialmente lesivo. Il testo autobiografico, risalente al 25 marzo 1914, venne redatto da Adalgisa su richiesta del dottor Viviani che l'aveva in cura, probabilmente per fini anamnestici. Dalla ricostruzione di Della Mea apprendiamo che al momento del ricovero la donna aveva ventisette anni, era sposata da tre e che «il ricovero coatto in manicomio era avvenuto su richiesta del marito, perché, secondo una diagnosi medica dell'epoca era affetta da delirio di persecuzione e tendenza al suicidio»¹⁹.

Colpito dalla testimonianza ritrovata, Della Mea condusse una vera inchiesta: ricostruì la vicenda della donna attraverso i documenti scoprendo che il marito, Probo Palombini, aveva usato i certificati di degenza della moglie per avere licenze dal fronte nel 1914 e nel 1916 e che nel 1920 era riuscito a ottenere dal presidente del Tribunale di Arezzo un certificato attestante che la moglie «era stata riconosciuta inguaribile dai medici»²⁰. Da quel momento Adalgisa non ebbe più alcuna speranza di uscire dal manicomio, mentre il marito poté risposarsi in seconde nozze. Della Mea intervistò anche Enzo Gradassi, ex sindaco di Anghiari, che conosceva Adalgisa prima dell'internamento. Il sindaco la descrive come una donna bella e ben istruita ma anche vittima delle violenze del marito, fascista convinto, che probabilmente aveva richiesto l'internamento della moglie appositamente per allontanarla. «Io rimasi impietrito e poi costernato e infine indignato» scrive Della Mea in merito alla scoperta della vicenda biografica di Adalgisa²¹: volle così restituirle una voce e una identità curando il volume *Manicomio 1914*, che ebbe una buona eco di stampa e di diffusione sia in Italia che all'estero.

¹⁷ Cfr. P. Jozzia, *L'interpretazione negata*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., pp. 72-96, p. 76.

¹⁸ Amministrazione provinciale di Arezzo, *I tetti rossi*, Tipografia Sociale, Arezzo 1975, poi ripubblicata da Mazzotta, Milano 1978. Della Mea lavorò a questa seconda edizione.

¹⁹ L. Della Mea, *Prefazione*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., pp. 11-15, p. 12.

²⁰ A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., p. 56.

²¹ Cfr. L. Della Mea, *Prefazione*, cit., p. 12.

Manicomio 1914 è un volume composito, strutturato in diverse parti significative: una introduzione a cura del Collettivo delle operatrici dei servizi psichiatrici della Provincia di Arezzo, la trascrizione del testo autobiografico di Adalgisa, una ricostruzione cronologica della degenza in manicomio seguita dalla trascrizione a cura del medico Pietro Jozzia di un dibattito a cui partecipano anche Della Mea, un assistente sociale e diverse infermiere in servizio da molti anni nell'ospedale psichiatrico di Arezzo che conobbero bene Adalgisa e che possono, quindi, coadiuvare la ricostruzione della sua vicenda.

Alda Merini si mostra colpita dalla storia di Adalgisa Conti tanto da riportare ne *L'altra verità* un lungo stralcio tratto da *Manicomio 1914* in cui si pone l'accento sulla violenza dell'internamento femminile:

D'altronde l'internamento rappresenta già di per sé una violenza enorme per la donna che, identificandosi come persona nel ruolo coperto in famiglia, sottratta a questo perde ogni punto di riferimento e ogni possibilità di essere e di riconoscersi come individuo. Il ruolo di Casalinga-moglie-madre è il solo ruolo possibile per la donna ipotizzato come naturale, come l'essenza stessa del vivere femminile. È necessario quindi perché la donna possa ricoprire questo ruolo il rapporto con quell'uomo che scegliendola le ha consentito di realizzarsi. Se non si rivela capace di rispondere alle sue aspettative, la vittima non è lei, che è anzi colpevole di inadeguatezza, ma il marito che ha socialmente riconosciuto il diritto di rifiutarla o di sostituirla. Esso condanna la donna alla perdita di ogni suo spazio privato e ad una vita collettiva, a violazioni continue di quella riservatezza e di quel pudore cui come "matta" non ha più alcun diritto e che pur tuttavia le vengono continuamente come indicati come elementi indispensabili alla sua normalità.

La vita del manicomio faciliterà la degradazione del suo corpo, divenuto strumento di una esistenza puramente vegetativa e oggetto offerto alla manipolazione e allo sfruttamento che la istituzione ne farà, impegnandolo in attività servili e degradanti²².

Le citazioni sono una rarità nella produzione di Merini che spesso rielabora, ingloba, plasmando nella materia della sua scrittura quanto legge e apprende, mentre in questo caso sceglie di riportare fedelmente la lunga citazione all'interno della sua opera. Dalla forma, dalla lingua e dal contenuto dello stralcio citato appare evidente che non possa trattarsi di un frammento della testimonianza di Adalgisa Conti, come riportato erroneamente da Merini, ma che si tratta di una citazione dalla prefazione del volume *Manicomio 1914*, redatta dal Collettivo delle operatrici dei servizi psichiatrici della Provincia di Arezzo²³.

²² Collettivo delle operatrici dei Servizi psichiatrici della Provincia di Arezzo, *Introduzione all'edizione del 1978*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore questa è la mia vita*, cit., pp. 66-71, pp. 69-70, citato in A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., pp. 14-15.

²³ L'equivoco, sviluppatosi con la citazione di Merini che attribuiva lo scritto alla testimonianza

Il Collettivo aveva il compito, in ottica basagliana, di «ristoricizzare» i pazienti lungodegenti: un lavoro a cui purtroppo Adalgisa, molto anziana e non più udente a causa dell'età, non aveva potuto partecipare²⁴. Gli operatori scelsero allora di darle voce attraverso le pagine che aveva scritto di suo pugno sessantaquattro anni prima, auspicando di non farle nuova violenza con la pubblicazione delle sue delicate vicende biografiche²⁵.

3. Adalgisa e Alda: l'internamento coatto, la scrittura, la maternità negata

I punti di contatto tra Adalgisa Conti e Alda Merini sono numerosi: si tratta di due donne con caratteristiche simili che su iniziativa dei rispettivi mariti sono costrette ad abbandonare la loro vita precedente per essere internate con la forza. Anche perché avvezze alla scrittura, a entrambe viene proposto di redigere testi dai medici per motivi anamnestici o terapeutici²⁶. Se a Adalgisa fu concesso l'uso del pennino sotto sorveglianza, a Merini il dottor Gabrici darà la possibilità di usare la macchina da scrivere del suo studio²⁷. È interessante constatare come la maggior parte dei testi di Merini consultabili presso il Centro manoscritti di Pavia, siano dattiloscritti: l'abitudine di scrivere a macchina all'impronta le poesie, intrapresa in manicomio, non sarà mai più abbandonata dalla poetessa.

Una delle ferite più evidenti che si riscontrano nelle pagine de *L'altra verità* è l'impossibilità di Merini dedicarsi alle figlie e il rifiuto da parte del marito dell'ultima nata, di cui metteva in dubbio la paternità²⁸. Ciò porterà la poetessa ad affidare la neonata a un brefotrofo e a tornare volontariamente in manicomio²⁹. Non è un caso, dunque, che la prima edizione de *L'altra verità* sia dedicata a Barbara e Simona, le due figlie concepite durante gli anni d'internamento e che non cresceranno in famiglia ma saranno affidate a tutori o istituti³⁰.

della Conti, è stato erroneamente tramandato anche in testi specialistici. Cfr. F. Appetito, *Un manicomio di carta. L'altra verità. Diario di una diversa*, in «Rivista di Studi italiani», XXV (2017), n. 1, pp. 183-206, pp. 199-200; G. Menechella, *Scrittrici e lettrici "malate di nervi" nell'Ottocento e nel Novecento*, in «Forum Italicum», 34 (2000), n. 2, pp. 372-401, p. 387.

²⁴ Cfr. A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore questa è la mia vita*, cit., p. 66.

²⁵ Cfr. *ivi*, p. 70.

²⁶ I testi, gli unici che conosciamo redatti da Merini in manicomio, sono oggi pubblicati in A. Merini, *Lettere al dottor G*, Frassinelli, Milano 2008.

²⁷ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., pp. 53-54.

²⁸ *Ivi*, p. 46: «Un giorno mi disse: "Senti. Tu non stai bene. E, d'altra parte, mi sei venuta a noia. La bimba non so veramente di chi sia. Quindi portala al brefotrofo". Mi sentii schiaffeggiata nell'anima».

²⁹ *Ivi*, pp. 46-47: «Presi quella dolce bambina che era così gracile, che altro non mangiava che acqua e zucchero, e la portai in viale Piceno. [...] lei è stata adottata e non la vedo ormai da cinque anni».

³⁰ In particolare Barbara, la figlia che Merini scrive di aver affidato al brefotrofo, racconta di aver trascorso un'infanzia difficile tra affidamenti e istituti e di aver dovuto lasciare gli studi alla maggiore

Anche Adalgisa Conti soffrirà per la maternità negata, in maniera diversa, ma non meno dolorosa rispetto a Merini poiché, non avendo concepito figli nei tre anni di matrimonio, sarà colpevolizzata dal marito e dalla società per non aver assolto al compito di procreatrice.

4. La funzione della pulizia collettiva

Tra le ulteriori linee di continuità tra l'esperienza dell'internata in manicomio agli inizi del XX secolo di Adalgisa Conti e quella della degente degli anni Sessanta e Settanta Alda Merini troviamo anche la triste procedura della pulizia collettiva. Nel caso di Adalgisa Conti lo apprendiamo dalle infermiere che descrivono le loro mansioni in sede di dibattito, chiarendo che la pulizia collettiva dei ricoverati era necessaria, oltre che all'igiene, all'assicurarsi che non nascondessero oggetti³¹. Merini racconta l'operazione quotidiana del «bagno di forza o bagno di pena» con estrema angoscia³².

Per Merini si tratta del primo passo verso la spersonalizzazione dei degenti che non solo vengono denudati venendo privati anche dell'ultimo bene, ovvero la privacy, ma vengono anche sfregati, lavati e asciugati come se si trattasse «di panni e non di esseri umani»³³. Un'azione chiaramente coercitiva che la poetessa riporta ne *L'altra verità* per due volte consecutive, acuendone la drammaticità attraverso un *climax* descrittivo: lo svenimento della prima volta diventa per lei quotidiano, le donne anziane nella prima narrazione suscitano ribrezzo mentre nella seconda cadono rovinosamente; nella prima descrizione gli internati sono denudati, nella seconda gli abiti vengono loro «strappati di dosso». La scelta del lessico non è casuale: il rito mattutino viene definito «rigida disciplina» a cui «sottostare» come se si trattasse di un esercito di militari. E con gli eserciti, gli internati hanno in comune anche le divise: i camicioni tutti uguali³⁴.

età per andare a lavorare come operaia. Così ricorda la madre: «Era una donna molto generosa, non era capace di fare una carezza o un abbraccio, ma sapeva usare le parole...», P. Di Stefano, *Il muro di Alda*, cit., p. 25.

³¹ «Quando arrivava una degente, essa veniva spogliata completamente, le si faceva il bagno, ma contemporaneamente si controllava se avesse qualcosa addosso», A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., p. 72.

³² Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 32.

³³ «E veramente odoravamo di sapone e di bucato e detersivi vari, come fossimo stati dei panni e non degli esseri umani», *ibidem*.

³⁴ *Ivi*, p. 30-31: «Venivamo tutti allineati davanti a un lavello comune, denudati e lavati da pesanti infermiere che ci facevano poi asciugare in un lenzuolo eguale per capienza a un sudario, e per giunta lercio e puzzolente. Alle più vecchie facevano tremare le carni e così, nude come erano, facevano veramente ribrezzo. La prima volta che dovetti sottostare a questa rigida disciplina svenni, per lo schifo, e perché ero così indebolita per la degenza che non mi reggevo più in piedi. Ci allineavano tutte davanti un lavello comune con i piedi nudi per terra fissi nelle pozzanghere d'acqua. Poi ci strappavano

La pulizia collettiva impressiona a tal punto la poetessa che ne scriverà anche nell'autobiografia *Reato di vita* con queste parole: «le assistenti me li fecero lavare [i capelli] con un pugno di detersivo bianco per farmi vedere quanto ero sporca»³⁵. Il «pugno detersivo bianco» non è ovviamente un prodotto adatto alla cura della persona, bensì si tratta probabilmente di un detergente in polvere da bucato: con tale immagine la poetessa rende l'idea della totale spersonalizzazione dell'internato che, ancora una volta, viene trattato alla stregua di un oggetto. Merini ne aveva già scritto nelle poesie *Toeletta*³⁶ e *La Terra Santa*³⁷, tanto che ne *L'altra verità* troviamo la citazione integrale di due versi in cui la pulizia è indicata come l'atto che precede la sepoltura³⁸.

L'internato per Merini è sottoposto a una progressiva degradazione che culmina nell'oggettificazione o nella morte al mondo³⁹. L'unico mondo dei vivi, per la poetessa, è infatti quello esterno al manicomio, in cui ella stenta a essere riammessa, come conferma ne *L'altra verità*: «in tutto, comunque, feci ventiquattro ricoveri perché molti furono i tentativi di dimettermi e farmi tornare nel mondo dei vivi»⁴⁰. La pulizia è il battesimo del manicomio⁴¹ che si rinnova ogni giorno per affermare

di dosso i pochi indumenti (il camicione dell'ospedale di lino grezzo eguale per tutti, che aveva dei cordoncini ai lati e che lasciava filtrare aria da tutte le parti). Poi le infermiere passavano a insaponarci anche nelle parti più intime, e ci asciugavano in un comune lenzuolo lercio. Le più vecchie cadevano a terra per il modo maldestro in cui venivano trattate. Alcune scivolavano, altre battevano pesantemente la testa. Io, ogni mattina, davanti a quel lavello e all'odore terribile del luogo svenivo e venivo ripresa con male parole e buttata sotto l'acqua diaccia».

³⁵ A. Merini, *Reato di vita. Autobiografia e poesia*, Associazione culturale Melusine, Milano 2005, p. 46.

³⁶ «La triste toeletta del mattino,/ corpi delusi, carni deludenti,/ attorno al lavabo/ il nero puzzo delle cose infami. [...]» Cfr. A. Merini, *Toeletta*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 119, vv.1-4.

³⁷ Cfr. A. Merini, *La Terra Santa*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 116.

³⁸ Scrive Merini: «nella mia poesia *La Terra Santa*, metto bene in evidenza questo particolare: "Fummo lavati e sepolti odoravamo d'incenso"», A. Merini, *L'altra verità diario di una diversa*, cit., p. 32. Qui Merini cita i versi 21 e 22 della lirica *La Terra Santa*: A. Merini, *La Terra Santa*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 116.

³⁹ La pulizia è una delle attività che mira alla oggettivazione del malato, alla spoliatura di ogni della propria identità ben descritta da Goffman. «L'internato si trova dunque a perdere alcuni ruoli a causa della barriera che lo separa dal mondo esterno. Il processo di ammissione porta generalmente altri tipi di perdite e di mortificazioni [...] le procedure di ammissione potrebbero meglio essere definite come un'azione di "smussamento" o una "programmazione" dato che in seguito ad un tale procedimento, il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione, per essere lavorato e smussato dalle azioni di routine», E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2020 (I ed. 1968) p. 46).

⁴⁰ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 49.

⁴¹ «E una pozza di acqua infettata/ ci ha battezzati tutti», A. Merini, *La Terra Santa*, cit., p. 119, vv. 5-6.

agli internati la loro condizione⁴², poi la toeletta diventa un'azione quotidiana⁴³ e uno dei riti manicomiali parte del processo spersonalizzante che Merini definisce «spedalizzazione»⁴⁴ in cui il malato si adagia, convinto di mantenersi al sicuro dalla diffidenza e dalle responsabilità del mondo esterno⁴⁵.

5. Volti tutti uguali

In un altro passaggio de *L'altra verità* Merini scrive, ancora citando: «come dice più sopra l'Adalgisa Conti, le lungodegenti hanno facce tutte uguali. Perché? Si tratta forse di una congrega di streghe?»⁴⁶. Nella testimonianza di Adalgisa Conti, in verità, non vi è alcun riferimento ai volti delle lungodegenti ma appare un'idea confusa del luogo in cui la donna si trova, tanto che in una lettera alla madre del 20 novembre 1913, mai fatta recapitare, descrive il manicomio come un «luogo di fate» che «tengono tutte un mazzo di chiavi che devono essere benedette»⁴⁷: è un chiaro riferimento alle infermiere che portavano come divisa dei camicioni del tutto identici a quelli dei pazienti e a cui erano appese le pesanti chiavi dell'ospedale.

La poetessa si riferisce nuovamente all'introduzione di *Manicomio 1914* redatta dal Collettivo delle operatrici dei servizi psichiatrici in cui si nota come la situazione di Adalgisa fosse comune a tutte le donne internate: «la violenza che si esercita su di lei [Adalgisa] per ricondurla allo stereotipo della donna socialmente accettabile, prima, e della malata istituzionalizzata, poi, l'accomuna a tutte le donne che vivono (se così si può dire) nei manicomi»⁴⁸. Qui è inoltre riportata una frase del tutto simile a quella citata da Merini: «i volti e i corpi delle lungodegenti si somigliano tutti»⁴⁹.

Interiorizzando questi passaggi la poetessa vuol rendere il modo in cui tutte le donne che vanno incontro alla spersonalizzazione dovuta all'ospedalizzazione presentino caratteristiche simili e abbiano la stessa espressione stravolta, uno stato da cui Merini vorrebbe ardentemente discostarsi. Ne *L'altra verità* ella si descrive, infatti, con aggettivi positivi e afferenti alla sfera dell'infanzia: «solo io avevo conservato

⁴² «Appena uno entrava nel manicomio, veniva prontamente lavato», A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 32.

⁴³ A. Merini, *Toeletta*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 119, vv. 1-8.

⁴⁴ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 18.

⁴⁵ *Ivi*, p. 35: «[...] l'analista altro non era che l'ospedale stesso dove era dispensato il cibo, il bere, e anche qualche piccolo conforto come quello di essere al di fuori delle cure del mondo». Cfr. *ivi*, p. 30. O ancora il mondo esterno viene avvertito come «il fardello oneroso di tutte le responsabilità che avevamo lasciato indietro, lungo la nostra strada».

⁴⁶ *Ivi*, p. 27.

⁴⁷ A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., p. 59.

⁴⁸ Collettivo delle operatrici dei Servizi psichiatrici della provincia di Arezzo, *Introduzione all'edizione del 1978*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, cit., pp. 66-71, p. 67.

⁴⁹ *Ivi*, p. 70.

un viso dolce, di ragazzina picchiata e offesa»⁵⁰, in contrapposizione all'orrore in lei evocato dai visi delle sue compagne di internamento. Procedendo nella lettura si nota come la narrazione oscilli dalla prima persona singolare alla prima persona plurale⁵¹, il che determina il progressivo riconoscersi dell'autrice come parte del gruppo dei ricoverati⁵²: la metamorfosi dell'ospedalizzazione è avvenuta.

Così il manicomio diventa per Merini un luogo ambivalente, paragonato spesso all'inferno ma anche rassicurante:

dopo un po' di tempo cominciai ad accettare quel luogo come buono, non mi rendevo conto che andavo incontro a quello strano fenomeno che gli psichiatri chiamano "spedalizzazione" per cui rifiuti il mondo esterno e cresci unicamente in un mondo estraneo a te e a tutto il resto del mondo⁵³.

L'epilogo per le due donne sarà fortunatamente diverso. La poetessa milanese non condividerà il triste destino di Adalgisa Conti, che dal manicomio non uscì mai più, che trascorse gli ultimi anni della sua lunga vita in una struttura protetta, la casa-famiglia a cui erano destinate le lungodegenti dell'ospedale psichiatrico di Arezzo, e che non rientrò mai più in società. Al contrario, Alda Merini continuò a scrivere e a parlare al grande pubblico della propria esperienza manicomiale.

⁵⁰ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 57.

⁵¹ Alcuni esempi di narrazione alla prima persona plurale in A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., pp. 89-90: «il nostro sonno era quasi sempre agitato [...]. Non veniva, per noi, rispettata un'ora di riposo»; «i nostri natali erano molto poveri»; «noi venivamo saziati di colpa, quotidianamente; i nostri istinti erano colpa [...]; i nostri desideri, i nostri sensi erano colpevolizzati».

⁵² *Ivi*, p. 90: «ricordo il primo giorno che entrai in manicomio. Fin lì non ne avevo mai sentito parlare. [...] Ma è incredibile i segni che si avvertono su quelle facce di reclusi, lo schifo che fanno. E poi tu diventi una di loro e fuori nessuno ti riconosce più».

⁵³ *Ivi*, p. 18.

Voci deistituzionalizzate: la lezione di Anna Maria Bruzzone

Rosa Marzano

Il risultato di un'intervista, di un colloquio in cui una persona narra a un'altra, che la raccoglie, la sua vita, non è mai una neutra registrazione di dati e fatti – anche se è ottenuto proprio con un registratore –, perché nell'incontro i modi di sentire, di pensare, di agire di chi racconta e di chi interroga vengono a contatto fra loro e si influenzano reciprocamente, influenzando anche la narrazione. È fra l'uno e l'altro, un dare e un ricevere scambievolmente¹.

Anna Maria Bruzzone è stata un'insegnante di lettere e ha lavorato tutta la vita come ricercatrice militante e indipendente. Dai primi anni Sessanta alla metà degli anni Novanta ha svolto le sue ricerche tra Mondovì, in provincia di Cuneo, e Torino, occupandosi in particolare di esclusione sociale². Quando non era impegnata con la didattica a scuola, ha portato avanti un'intensa attività di ricerca storica, utilizzando come strumento l'intervista e pubblicando fondamentali ricerche di storia orale³. In questo contributo vorrei proporre una riflessione metodologica sulla pratica dell'intervista a partire da una serie di ricerche che Bruzzone ha condotto in materia di storia sociale e di salute mentale, ripercorrendo in parallelo alcuni snodi importanti della sua vita⁴.

¹ A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1979, p. 9.

² La studiosa spiegava così i motivi del proprio interesse per l'analisi delle varie forme in cui si realizzava l'esclusione sociale e per l'ascolto delle esperienze di coloro che la vivevano: «Mi interessavano [oltre a quella manicomiale] anche altre forme di esclusione sociale, parziale o totale, di cui scorrevo i vicendevoli legami, quali la condizione di esclusa della donna, la sua opera misconosciuta nella Resistenza, la deportazione femminile nei Lager nazisti: soprattutto mi appassionava il colloquio con chi le aveva patite o le pativa, e sentivo come una battaglia umana e politica l'ascoltare attentamente quelle voci», *ibidem*.

³ Bruzzone è morta nel 2015. L'anno successivo si interessò a lei Silvia Calamai, docente di linguistica dell'Università di Siena e appassionata di archivi orali, che si chiese dove fossero finiti i suoi nastri: li ha ritrovati a Torino nella casa di una delle nipoti, Paola Chiama. I nastri sono stati in seguito donati dalla famiglia all'Università di Siena per poi essere digitalizzati; ora sono conservati presso l'Archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico di Arezzo e consultabili a fini di ricerca.

⁴ Ho iniziato a interessarmi alla figura di Anna Maria Bruzzone nel 2022, per la tesi di laurea magistrale in Filologia e Letteratura italiana, con l'idea di ricostruire la sua vita e le sue esperienze di ricerca: ho consultato diversi archivi tra i quali, l'Istituto piemontese per la storia della Resistenza e

Bruzzone è nata a Mondovì nel 1925 ed è cresciuta in un contesto fortemente conservatore e cattolico, in una famiglia benestante che aderì al fascismo senza particolari convinzioni. Il padre Giacomo era un insegnante di matematica, la madre Isabella lavorava come casalinga e, in seguito alla morte prematura del marito, si occupò da sola di Anna Maria e della sorella minore Antonietta⁵. Anna Maria frequentò il liceo ginnasio di Mondovì e, dopo la laurea in Lettere, conseguita all'Università di Torino, a metà degli anni Cinquanta iniziò a lavorare nella sua città come insegnante nella scuola media Francesco Gallo: era una docente appassionata, che ascoltava e si confrontava con curiosità con le proprie allieve. Nei primi anni Sessanta cominciò a frequentare con maggior assiduità Torino e decise di riprendere gli studi: nel 1961 si iscrisse così al corso di perfezionamento in psicopedagogia presso la facoltà di Magistero dell'Università di Torino. Per i primi due anni frequentò con costanza le lezioni, poi sempre più di rado fino a quando non comprese che i suoi interessi si erano spostati altrove e fece dunque richiesta di passare alla Scuola di psicologia sociale.

Nel 1967 conobbe infatti l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali (Almm), nata quell'anno nel capoluogo piemontese con una chiara ispirazione basagliana, e vi si scrisse come volontaria⁶. In quegli anni Bruzzone continuava a insegnare a Mondovì ma nel frattempo seguiva le lezioni all'università dove fece il suo

della società contemporanea Giorgio Agosti di Torino (Istoreto), l'Archivio storico dell'Università di Torino, l'Archivio delle Donne in Piemonte, l'Archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico di Arezzo e alcuni archivi privati. Ho intervistato anche i suoi familiari e nipoti, Paola e Carlo Chiama, e una serie di figure con le quali Bruzzone ha costruito nel tempo rapporti di amicizia e di collaborazione nell'ambito della ricerca e dell'insegnamento. Alcuni risultati di questo lavoro, tuttora in corso, sono stati presentati in R. Marzano *Amicizia, femminismo, storia orale: uno studio su Anna Maria Bruzzone*, in «Il De Martino. Storie, voci, suoni», 36 (2023), pp. 99-105.

⁵ Archivio privato Rosa Marzano (ApRM), intervista di Rosa Marzano a Paola Chiama, Torino, 7 marzo 2023. Paola Chiama, figlia di Antonietta Bruzzone e nipote della studiosa, racconta così della famiglia materna: «Non ho mai conosciuto mio nonno che è morto abbastanza giovane, credo a cinquant'anni, che le figlie erano adolescenti. Lui era stato prima insegnante, e poi era diventato preside. Lei inizialmente era maestra ma poi credo avesse lasciato perché si era sposata. La famiglia durante la guerra era stata come tanti fascista senza aderire al fascismo, senza particolari convinzioni. Erano a livello sociale una famiglia abbastanza agiata, avevano delle case di proprietà, la casa in campagna in cui erano sfollati».

⁶ L'associazione creò al proprio interno una commissione composta «di liberi cittadini, che attraverso la lotta e in stretta unità coi più diretti interessati (ricoverati, parenti, parte degli infermieri e medici) hanno conquistato il diritto di entrare nell'istituzione e di esercitarvi un'azione di controllo e di tutela», Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione autonoma di Torino (a cura di), *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971, p. 9. Facendo parte della commissione, Bruzzone ebbe la possibilità di conoscere la realtà della comunità terapeutica del Dingleton Hospital di Melrose in Scozia, diretto dallo psichiatra Maxwell Jones, e il manicomio di Lubiana: racconta brevemente di queste visite proprio nella tesi di specializzazione, A.M. Bruzzone, *Implicazioni sociali e psicologiche del trattamento delle devianze mentali nell'ospedale psichiatrico di Gorizia*, tesi di laurea in Psicologia sociale, relatrice A. Massucco Costa, Facoltà di Magistero, Università di Torino, a.a. 1968-1969, p. 39, 49.

incontro con Angiola Massucco Costa, docente ordinaria di psicologia sociale e sperimentale. Con lei decise di occuparsi dell'esperienza di deistituzionalizzazione che stava attraversando l'ospedale psichiatrico di Gorizia, di cui era venuta a conoscenza proprio attraverso l'Almm⁷:

Si trattò del mio primo incontro con un'istituzione di questo genere: avevo sempre rifuggito prima dall'affrontare direttamente la realtà di un manicomio, non perché volessi ignorarla, ma perché ben conoscendo, anche se per via indiretta, la violenza e l'oppressione che vi regnano, temevo che non avrei potuto sopportarne la vista, essendo priva, come mi sembrava, di mezzi per combatterla e per oppormi a essa⁸.

Attraverso il canale apertole dall'Almm, Bruzzone arrivò a Gorizia nella primavera del 1968 alla ricerca di strumenti per capire i meccanismi dell'oppressione e per contrastarla: visse la quotidianità dell'ospedale insieme alle altre persone volontarie, studentesse, assistenti sociali, artiste, lavoratrici, insegnanti, che come lei erano interessate a conoscere quanto si stava sperimentando. Seguì le attività della comunità, le riunioni d'équipe la mattina, l'assemblea generale e le riunioni di reparto nel pomeriggio, entrando sempre "in punta di piedi": nella tesi di specializzazione ricostruì le settimane passate a Gorizia, gli incontri con le persone ricoverate e il momento della richiesta, mai data per scontata, di fare un'intervista⁹. Attraverso i colloqui, Anna Maria cercava di capire in che modo le persone degenti considerassero se stesse, come giudicassero le proprie vicende e in che modo le rivivessero narrandole a lei: iniziava sempre l'intervista dicendo alle pazienti che desiderava parlare con loro della vita «sia nella società esterna sia nell'ospedale» e chiedeva se fossero d'accordo che lei nel frattempo prendesse appunti; infine spiegava che stava preparando una tesi di laurea sull'ospedale psichiatrico di Gorizia¹⁰.

Oltre alle interviste, Anna Maria consultò le cartelle cliniche, leggendo le diagnosi imposte alle persone degenti come una condanna all'arrivo in ospedale: davanti a ripensamenti o incongruenze nei racconti, che pure riscontrava confrontando ciò

⁷ L'ospedale psichiatrico di Gorizia era la prima struttura in Italia, allora diretta da Franco Basaglia, trasformata in comunità terapeutica in tutti i suoi reparti; vi erano ricoverate in media 500 persone, di cui 350 lungodegenti, e 150 brevedegenti. Bruzzone decise di intervistare persone che appartenevano a entrambi i gruppi, rispettandone la proporzione: 22 dei primi e 8 dei secondi, suddivisi ugualmente tra uomini e donne; realizzò quindi 30 interviste.

⁸ A.M. Bruzzone, *Implicazioni sociali e psicologiche del trattamento delle devianze mentali*, cit., p.44.

⁹ Durante le interviste utilizzava un taccuino per prendere appunti, ma – in accordo con l'équipe sanitaria – non il registratore, e le annotava immediatamente dopo in forma discorsiva. Le trascrizioni delle interviste, che costituisce l'appendice alla tesi di laurea della studiosa, sono state pubblicate nell'edizione del volume A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti, Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro e S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021.

¹⁰ *Ivi*, p. 51.

che ascoltava con le informazioni apprese dai documenti e dall'équipe sanitaria, Bruzzone ritenne che esse non incidessero sulla veridicità dei contenuti: al contrario, erano un essenziale segno di autenticità, perché parlavano del modo in cui le persone vivevano interiormente gli eventi della vita. Scriveva così:

Le contraddizioni sono parte del reale, e colui che le occulta o cerca artificiosamente di comporle, compie opera antidialettica e profondamente falsificante. Nel caso specifico poi di chi tenta di avvicinare un malato di mente da pari a pari, in un rapporto umano, quello che conta è accettarlo e ascoltarlo così come egli si presenta¹¹.

Alcune persone ricoverate, osservava la studiosa, soprattutto nella condizione di lungodegenza, continuavano a essere "istituzionalizzate" perché l'ambiente esterno le rifiutava, perché la società non era ancora «aperta» e «non permette[va] loro di vivere in modo umano»¹². Bruzzone sottolineava la differenza tra il processo di deospedalizzazione e quello di deistituzionalizzazione: il primo passava attraverso un cambiamento negli spazi, nelle pratiche e nelle politiche di cura della salute mentale; il secondo doveva coinvolgere non solo i singoli luoghi dove il potere istituzionale si esercitava (come nei manicomi, nelle carceri, nella scuola), ma la società intera e il modo di vedere delle singole persone. Bruzzone condivideva dunque la prospettiva del largo movimento anti-istituzionale e nel suo caso la spinta che la portò a occuparsi dei manicomi italiani univa motivazioni politiche e bisogni didattici, perché sentiva di poter imparare dalle esperienze di rovesciamento dell'istituzione totale delle buone pratiche da portare nel contesto scolastico in cui lavorava quotidianamente.

Alla fine degli anni Sessanta Anna Maria aveva 45 anni e cominciava a sentire la realtà provinciale di Mondovì come limitata e soffocante e, quando nel 1970, in seguito alla morte della madre, riuscì a trasferirsi definitivamente a Torino, nel capoluogo piemontese trovò la propria dimensione esistenziale: qui, infatti, iniziò a costruire e a coltivare maggiormente relazioni per lei significative che la segnarono e la nutirono profondamente e a lungo, a cominciare da quella con la sorella Antonietta, la persona a cui è stata in assoluto più legata, e con la sua famiglia¹³. Nella sua nuova città, Anna Maria continuò a insegnare, all'Istituto magistrale Antonio Gramsci, e

¹¹ *Ivi*, p. 55.

¹² *Ivi*, pp. 131-132: «Posto che le nuove forme di assistenza riescano in futuro a riabilitare i malati (e già i vocaboli "assistenza" e "riabilitazione" appaiono indicativi), che cosa farà di loro la società che non è "aperta", ossia non permette di vivere in modo umano? Non riuscendo a trovare in essa un ruolo, i malati ritornerebbero all'unico ruolo loro concesso: quello di esclusi».

¹³ «Abito a Torino perché a Mondovì non avevo più nessun parente [...] invece ho una sola sorella che abita a Torino e che è sposata e che ha tre figli, e allora sono andata ad abitare a Torino anch'io: la persona a cui sono più legata è mia sorella». S. Calamai (a cura di), *Me ne scappo, me ne vengo, vado via. Voci dall'ospedale neuropsichiatrico di Arezzo raccolte da Anna Maria Bruzzone*, Mimesis, Milano-Udine 2023, p. 124.

a portare avanti i suoi lavori di ricerca: per lei, infatti, gli anni Settanta furono un decennio di intensa attività e di lavoro di gruppo con le fonti orali su ambiti diversi e tra loro legati. Con Rachele Farina, insegnante e storica, condivise l'idea di raccogliere le storie di vita delle partigiane, per ricostruire l'attività di «un margine della società che aveva avuto un ruolo attivo ed essenziale nella Resistenza»¹⁴. Quando le apparve chiaro che molte di quelle donne erano state successivamente deportate nei lager, iniziò a pensare a una ricerca con analoga impostazione per raccogliere le testimonianze di alcune donne confinate per motivi politici nel campo di concentramento di Ravensbruck: il rapporto di amicizia con Lidia Beccaria Rolfi nacque proprio da questo progetto e le legò per tutta la vita¹⁵. Nel frattempo continuava a partecipare alle attività dell'Almm e prese contatti con la realtà dell'ospedale psichiatrico di Arezzo, che dal 1971 era diventato comunità terapeutica sotto la direzione dello psichiatra Agostino Pirella¹⁶: nei primi giorni di luglio dell'estate del 1977 la studiosa arrivò dunque nell'ospedale aretino, con l'intenzione di intervistare e registrare gli incontri con alcune delle persone ricoverate, raccogliere le loro testimonianze e pubblicarle in un volume che facesse da cassa di risonanza, «con un intento di accusa e di denuncia ma anche di guida per il futuro»¹⁷.

Se da un lato non è facile definire la figura di Bruzzone, nei suoi vari impegni di insegnante, di ricercatrice militante e di studiosa, dall'altro la nota introduttiva del libro *Ci chiamavano matti* – nell'edizione Einaudi del 1979 – rappresenta una bussola preziosissima per interpretare il senso del suo lavoro. Oltre a essere un punto di riferimento metodologico per chi lavora con le fonti orali, questa prefazione è un ego-documento significativo nel quale Anna Maria, che raramente ha scritto e raccontato di sé, si è interrogata apertamente sul rapporto con la propria soggettività e con quella altrui. Nel testo, Bruzzone dava conto in modo estremamente chiaro delle finalità e delle modalità della sua indagine, che era prima di tutto una ricerca militante: confutava le presunte istanze di oggettività di chi ricostruiva il passato affermando di stare al di sopra delle parti, riferiva le preoccupazioni legate al proprio coinvolgimento emotivo nel parlare con i degenti e le degenti, dava voce ai dubbi e

¹⁴ Biblioteca umanistica di Arezzo (BuA), Archivio sonoro Anna Maria Bruzzone (AsAMB), Serie miscellanea in corso di catalogazione, intervista di Cecilia Novero ad Anna Maria Bruzzone, 1991.

¹⁵ Queste ricerche trovano spazio in due volumi, usciti a poca distanza l'uno dall'altro: A.M. Bruzzone, R. Farina, *La Resistenza taciuta. Dodici vite di partigiane piemontesi*, La Pietra, Milano 1976; A.M. Bruzzone, L. Beccaria Rolfi, *Le donne di Ravensbruck. Testimonianze di deportate politiche italiane*, Einaudi, Torino 1978.

¹⁶ A fare da ponte tra Bruzzone e Arezzo sono stati da un lato il direttore della struttura, lo psichiatra Agostino Pirella, che lei aveva incontrato a Gorizia dieci anni prima; dall'altro l'amico, scrittore e giornalista Luciano Della Mea, che conosceva da vicino l'esperienza di apertura dell'ospedale psichiatrico della città e che era legato in prima persona a Pirella da rapporti di amicizia e di cura. Cfr. M. Setaro, *Le vite di dentro: Anna Maria Bruzzone e i testimoni della follia*, in A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci del manicomio (1968-1977)*, cit., pp. 391-399, p. 391.

¹⁷ A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti*, cit., p. 7.

alle riflessioni di metodo. Si descriveva di temperamento curioso ma timido, desiderosa del dialogo con gli altri e al tempo stesso timorosa di essere respinta, e quindi incline talvolta a evitarli. Trovava difficile, quasi imbarazzante, chiedere di accendere il registratore per avviare l'intervista e considerava ancor più penoso il passaggio della trascrizione, dai nastri alla pagina scritta, poiché viveva con delusione e sconforto la perdita definitiva dell'esperienza del dialogo:

Ed erano irrimediabilmente perduti – e per i lettori sarebbero stati perduti anche se avessero potuto udire i nastri – le lacrime, i sorrisi, gli sguardi, i gesti, l'atteggiarsi generale delle persone e la loro eco in me e l'atmosfera dell'incontro, che non avrei descritto, per non togliere spazio alle testimonianze, ma che in ogni modo non sarei stata capace di descrivere¹⁸.

Nelle pagine dell'introduzione si dichiarava «dalla parte degli uomini e delle donne che le raccontano la loro storia a modo loro» e in loro vedeva una versione di sé che avrebbe potuto cambiare certi eventi della sua vita. Come gestire quindi il proprio coinvolgimento emotivo così che non pesasse sugli incontri con le persone che intervistava? La ricercatrice sosteneva che sarebbe stato necessario esercitare una forma di autocontrollo per limitare le espressioni della propria sensibilità ed evitare di intervenire nel flusso del racconto, così da dare tutto lo spazio possibile alla voce delle persone incontrate; ma tutto questo richiedeva tempi di lavoro molto lunghi. Bruzzone trascorse quasi tutte le sue giornate nell'ospedale parlando con le persone ricoverate, partecipando alle assemblee generali, passeggiando insieme a loro per i viali del parco del Colle del Pionta, o fermandosi nei reparti e nel bar: desiderava procedere con calma, senza un piano definito, conoscere e farsi conoscere rispettando i tempi e l'indole di coloro che intervistava. Nella successiva fase dell'ascolto delle registrazioni, l'autrice notava come quei dialoghi si ricomponessero plasticamente, in tutta la loro complessità, con le pause e i momenti di sospensione, e tornassero alla mente i luoghi dei singoli colloqui, la mensa, il parco del Pionta, la sala riunioni: si potevano ripercorrere le domande, fatte con la sua voce calma, e la posizione di vicinanza con chi aveva di fronte, che nasceva dal profondo desiderio di ascolto, perché – raccontava Bruzzone – in alcuni momenti di sofferenza del suo passato, aveva attraversato sentimenti di paura della follia e del manicomio sentendo «come propri i temi della follia, del manicomio e del loro intrecciarsi»¹⁹.

Dell'asimmetria che caratterizzava il suo rapporto con le persone ricoverate, e della sua posizione di privilegio, era pienamente consapevole: dato che il manicomio e la follia non avevano tra loro il medesimo significato, Bruzzone si interrogava su

¹⁸ *Ivi*, p. 22.

¹⁹ A.M. Bruzzone, *Le ricoverate negli ospedali psichiatrici di Gorizia (1968) e di Arezzo (1977)*, in *Fonti orali e politica delle donne: storia, ricerca, racconto: materiali dell'incontro svoltosi a Bologna l'8-9 ottobre 1982*, Comune di Bologna, Bologna 1983, pp. 34-39, p. 36.

come tentare di riparare questo squilibrio di potere, anzitutto mettendo a disposizione degli intervistati la propria posizione pubblica:

Io ero lo strumento attraverso il quale i ricoverati potevano raggiungere i loro scopi: valorizzarsi, lanciar messaggi, rivolgere richieste, magari cercando scopertamente di rendersi graditi anche con il racconto. Così l'uso che essi facevano di me controbilanciava fortunatamente, pur se in piccolissima parte, il vantaggio che io senza volere, avevo su di loro²⁰.

Questa specifica impostazione del lavoro di ricerca le richiedeva dunque di farsi portavoce delle storie delle persone ricoverate, delle loro istanze di critica verso una società chiusa, divisa e «storta» che le teneva ai margini e che andava inevitabilmente cambiata. Le parole di uno dei degenti, Bruno, andavano proprio in questa direzione:

Questa società divide i matti da sé: è spaccata la società: un'altra società di noi matti. [...] Allora devi cambiare la società: è la scuola che deve cambiare prima di tutto, e dopo anche la famiglia. La società dritta, non così tutta storta²¹.

Quasi dieci anni più tardi, tra il 1986 e il 1987, Anna Maria Bruzzone e Anna Bravo progettarono insieme una ricerca collettiva per ricostruire lo spettro delle esperienze di vita delle donne torinesi durante la Seconda guerra mondiale, i cui risultati furono pubblicati nel volume *In guerra senz'armi* del 1995²². Le due riunirono un piccolo gruppo di ricercatrici, di ambiti ed età diverse, con l'idea di analizzare da un lato le esperienze di resistenza, armata e no, messe in atto dalle donne durante gli anni della guerra, dall'altro documentare e descrivere i cambiamenti che si erano verificati nella mentalità, gli atteggiamenti verso di sé e verso l'altro, nella tensione tra cambiamento e ancoraggio al passato. Una di queste ricercatrici era Anna Gasco, che aveva studiato storia con Bravo all'università e che negli anni Ottanta lavorava come sceneggiatrice. Ha così descritto quell'esperienza, per lei estremamente formativa:

Questo lavoro sulle fonti: costruire la fonte e analizzarla era davvero un partire da sé. Non poteva non esserlo! Poi noi facevamo storia delle donne. Fai storia delle donne, stai facendo una storia che ti riguarda e molto. In questo gruppo l'argomento era talmente interessante per noi e la nostra vita, che a un certo punto la comunicazione era sulle vite delle altre donne e sulle nostre vite [...] è interessante. Noi comunque in questa ricerca cercavamo parti di noi, che venissero fuori

²⁰ A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti*, cit., p. 27.

²¹ *Ivi*, p. 76.

²² A. Bravo, A.M. Bruzzone, *In guerra senz'armi. Storie di donne 1940-1945*, Laterza, Roma-Bari 1995.

parti di noi²³.

Nell'ambito di questo nuovo progetto, qualcosa però riconnetteva Bruzzone all'esperienza aretina; la storica piemontese, infatti, scelse di fare ricerca su un'esperienza specifica, quella vissuta da un gruppo di donne che durante la guerra era stata ricoverata nell'ospedale psichiatrico femminile di Via Giulio a Torino. Queste donne furono da lei tutte intervistate nella primavera del 1990 e su questi incontri nell'ottobre del 1991 Bruzzone scriveva all'amico Bruno Vasari:

È un mondo quello del manicomio, assai difficile da rendere, perché tanto lontano dalla vita consueta e contemporaneamente tanto vicino nello spazio: la mente inevitabilmente ne rifugge. Ma esisteva, insieme con tante altre istituzioni chiuse in cui la guerra fu vissuta in modo assai diverso che altrove, e se si vuole dare un quadro non incompleto della Torino di allora non può certo essere ignorato²⁴.

Bruzzone osservava che le vicende rilevanti della guerra arrivavano come un'eco confusa nel manicomio, la cui esperienza occupava nei resoconti individuali più spazio: la guerra era risucchiata dalla vita rinchiusa e stabiliva un tempo e una memoria paralleli di quegli anni. La condizione di reclusione delle donne intervistate era stata dunque più determinante e impattante sulle singole esistenze di ogni altro vissuto, inclusa la tragedia bellica, per quanto ne abbia amplificato la portata di stati d'animo di paura. Nel ripensare a questi colloqui, Bruzzone scriveva che le erano apparsi molto intensi e che si concludevano in tempi stretti, quasi da parlatorio e da "ora d'aria"; in essi, se era tangibile il desiderio di esprimersi e di raccontare, era tuttavia «mancata la voglia, o l'audacia di una richiesta, per ampliarlo, prolungarlo, riprenderlo in altra occasione». In un'intervista del 1991 realizzata da Cecilia Novero, Bruzzone ha raccontato di come quest'ultima esperienza di ricerca sui ricordi della guerra delle ex degenti del manicomio di via Giulio avesse modificato la natura dell'intervista: non si trattava più di un documento da utilizzare nella battaglia politica contro le istituzioni totali, poiché alcuni importanti risultati erano stati nel frattempo ottenuti, anzitutto con l'approvazione della legge 180 del 1978. Si poneva molto più chiaramente il piano dell'intersoggettività:

Era diventato un confronto sempre più stretto tra me narratrice e loro. Ecco uno studio delle soggettività più che altro [...] Questa è la mia esperienza, molti altri probabilmente no. Di uscire dalla tua identità che a volte ti pesa e di arrivare a una specie di equilibrio di rapporto con gli altri che invece nella condizione normale

²³ ApRM, intervista di Rosa Marzano ad Anna Gasco, primo incontro, Rocca Canavese (Torino), 9 marzo 2023.

²⁴ Archivio dell'Istoreto, fondo Vasari Bruno [IT-C00-FA 5598], *Anna Maria Bruzzone: Donne e guerra*.

di vita la trovi più difficile da raggiungere²⁵.

Era, questa, una riflessione che affiorava quasi come un bilancio dopo trent'anni di ricerche e che si intrecciava con il senso di colpa che si portava dentro dopo aver intervistato i ricoverati negli ospedali psichiatrici: sentiva di essere stata manchevole per il mancato ritorno ad Arezzo, dopo l'estate del 1977, e che le motivazioni politiche che l'avevano spinta in prima istanza a fare quelle interviste non giustificavano il fatto di aver rubato ai suoi testimoni i ricordi di esperienze terribili senza dare nulla in cambio.

In conclusione, i testi di Bruzzone rappresentano ancora oggi una bussola per chiunque cerchi di orientarsi nell'ambito della storia orale e della ricerca sociale, perché la storica di Mondovì «non guarda le cose della storia come se le vedesse dall'altro di una collina con la testa volta all'indietro, in un giorno di sole, bensì va a piedi e si chiede dove si trova e da dove sta guardando»²⁶. Le voci che anche noi ascoltiamo grazie alle sue interviste sono forti e ci portano, a distanza di decenni, dentro una materia che contiene un suo elemento di realtà, che ci sollecita e ci interroga: la voce è un dato biometrico da cui è possibile risalire alla persona a cui appartiene, la voce è corpo e il corpo è politico. Bruzzone è una maestra che insegna a interrogarsi sui rapporti di potere, a stare in ascolto, a fare spazio a chi parla e ha una verità importante da dire, la propria. Una maestra che insegna a guardare le contraddizioni come fratture da non ricomporre a favore di una coerenza fittizia ma da ascoltare e accogliere, perché ci parlano in modo autentico della realtà che ci circonda.

²⁵ BuA, AsAMB, intervista di Cecilia Novero ad Anna Maria Bruzzone, cit.

²⁶ P. Brunello, *Dubbi sull'esistenza di Mestre. Esercizi di storia urbana*, Cierre, Verona 2023, p. 36.

IV. PAESAGGI DELLA DEISTITUZIONALIZZAZIONE
PSICHIATRICA IN ITALIA. ESPERIENZE, MEMORIE, STORIE,
INCIAMPI TRA ANNI SESSANTA E OGGI

Il difficile avvio della deistituzionalizzazione del manicomio cagliaritano di Villa Clara. L'insegnamento di Dario De Martis, Fausto Petrella e Hrayr Terzian¹

Maria Luisa Di Felice

A Cagliari gli anni 1967-1978 furono segnati dalle iniziative di alcuni giovani psichiatri che, sulla scia degli insegnamenti di Dario De Martis, Fausto Petrella e Hrayr Terzian, avviarono la deistituzionalizzazione dell'ospedale di Villa Clara nonostante tutte le resistenze sollevate a livello istituzionale e sanitario.

1. Processi di «liberazione umana» a Villa Clara

I malati allora erano come una mandria che veniva contata dagli infermieri nell'uscire dai cameroni e nel rientrare. Ecco, se c'era bel tempo dovevano uscire tutti e nessuno poteva restare dentro, mentre se c'era brutto tempo tutti dovevano star dentro e nessuno poteva venire fuori².

Arrivato De Martis è cambiato il clima. [...] dopo un po' [...] è venuto Fausto Petrella, psicanalista [...]. Tenendo conto che c'erano medici nuovi (io [Giovanni

¹ Il contributo si è avvalso della collaborazione della dottoressa Francesca Loi sia per le ricerche presso l'Archivio storico della Provincia di Cagliari, svolte nell'ambito del progetto Prin 2022, *Narrazione e cura. La deistituzionalizzazione del sistema manicomiale in Italia: storia, immaginario, progettualità (dal 1961 a oggi)*, sia per le interviste ad alcuni psichiatri in attività presso l'ospedale Villa Clara: Giovanni Sanna (cfr. nota 3), Gian Paolo Turri (cfr. nota 2), Marco Murtas (cfr. nota 2). Tutte le interviste citate di seguito sono state effettuate da Maria Luisa Di Felice e Francesca Loi.

² Intervista a Marco Murtas e Gian Paolo Turri, 31 maggio 2024: da qui *Murtas, Turri* (maggio 2024). Gian Paolo Turri (1945), specializzato nel 1973 nella Clinica delle malattie nervose e mentali presso la Facoltà di medicina di Cagliari, lavorò a Villa Clara dal 1972 al 1988 (esclusi gli anni 1976-1978 in cui fu strutturato nel manicomio Rizzeddu di Sassari), mentre dal 1988 al 1990 fu primario nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (poi Spdc) di Cagliari, dove dal 1988 al 2019 fu anche Marco Murtas, specializzato in Neuropsichiatria infantile presso la Facoltà di medicina di Sassari e nel 1998 in Psichiatria a Cagliari.

Sanna³], Maria [Ferri] e Antonio Cauli⁴), questi hanno cambiato il clima dell'ospedale⁵.

Era il 1967 quando deistituzionalizzare il manicomio cagliaritano di Villa Clara divenne la parola d'ordine che un nucleo di neurologi e psichiatri sostenne alla luce delle tesi sulla malattia mentale formulate da Dario De Martis, Fausto Petrella e Hrayr Terzian, sulla scorta della letteratura italiana e internazionale che circolava sui temi della psichiatria e dell'antipsichiatria. A livello nazionale si diffondevano le tesi di Franco Basaglia⁶, che nel biennio 1967-1968 pubblicava *Che cos'è la psichiatria?* e *L'istituzione negata*⁷, due contributi che precedettero di poco la stampa italiana di importanti studi realizzati in ambito anglosassone, dei quali alcune lungimiranti case editrici curarono la traduzione. Nel 1969 con la pubblicazione italiana di *The divided self* si conoscevano le esperienze effettuate nel manicomio di Glasgow da Ronald David Laing. Nel 1970 furono stampati in italiano il *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics* dello stesso Laing e di Aaron Esterson, il *Psychiatry and anti-psychiatry* di David Cooper e il *Social psychiatry in practice* di Maxwell Jones⁸.

Basaglia non era solo in Italia ma la sua figura sarebbe divenuta rappresentativa della volontà riformatrice seguita alle denunce sollevate sulle condizioni degli ospedali psichiatrici italiani che avevano trovato importanti casse di risonanza nel

³ Giovanni Sanna (1937-2024), specializzato nel 1966 in Clinica delle malattie nervose e mentali presso la Facoltà di medicina di Cagliari ed entrato quello stesso anno nel manicomio, ne divenne primario nel 1972 per poi operare negli anni Novanta nel Spdc cagliaritano, adoperandosi nel 1998 per la chiusura di Villa Clara.

⁴ Maria Ferri (1932-2019) si specializzò nel 1966 in Clinica delle malattie nervose e mentali presso la Facoltà di medicina di Cagliari, dove nello stesso anno si specializzò anche Antonio Cauli: Archivio Storico Università degli Studi di Cagliari, *ad vocem*. Su Ferri, cfr. anche oltre la nota 61.

⁵ Intervista a Giovanni Sanna, 8 marzo 2021: da qui *Sanna* (marzo 2021).

⁶ J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014, pp. 26-27.

⁷ F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria? Discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Amministrazione provinciale di Parma, Parma 1967; F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968. Sulla complessa esperienza del manicomio di Trieste: F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli, Roma 2024.

⁸ R.D. Laing, *The divided self. An existential study in sanity and madness* Penguin books, Harmondsworth 1960 (trad. it. di D. Mezzacapa, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino 1969); R.D. Laing, A. Esterson, *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics*, Tavistock, London 1964 (trad. it. di D. Mezzacapa, *Normalità e follia nella famiglia. Undici storie di donne*, a cura di L. Jervis Comba, Einaudi, Torino 1970); D. Cooper, *Psychiatry and anti-psychiatry*, Tavistock, London 1967 (trad. it. di G. Acuti, *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma 1969); M. Jones, *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*, Penguin books, Harmondsworth 1968 (trad. it. di A. Bencini Bariatti, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, ETAS Kompass, Milano 1970).

congresso bolognese del 1964 intitolato *Processo al manicomio*⁹ e nell'inchiesta *Manicomi come lager* di Angelo Del Boca (1966)¹⁰.

Gli studi e le pratiche pioneristiche, di cui si incominciava ad apprezzare la capacità riformatrice nell'approccio alla malattia mentale, erano oggetto di confronto anche a Cagliari. «C'erano Esterson, Cooper..., erano idee diffuse dappertutto»¹¹, sottolinea lo psichiatra Gian Paolo Turri che dal luglio 1967 era "studente interno" presso la Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università cagliaritano. Qui frequentava le lezioni di Hrayr Terzian che raccomandava la lettura di *Se questo è un uomo* di Primo Levi, opera che aveva segnato la formazione di Franco Basaglia, e *Classi sociali e malattie mentali* di August Hollingshead e Fredrick Redlich: «Il suo [di Terzian] intendimento non era quello di insegnarci la psichiatria, era quello di aprirci la mente su un orizzonte più vasto che ci potesse poi permettere di accogliere meglio anche i manuali di psichiatria»¹².

Con Terzian e Renzo Meneghini, psichiatra presso la stessa clinica, Turri, con Luigi Onnis e Gioia Massidda – anch'essi futuri psichiatri¹³ –, avrebbe preso parte a un viaggio-studio organizzato per osservare la gestione del manicomio di Gorizia e conoscere Basaglia, di cui Terzian era amico e collega.

A Gorizia i giovani furono impressionati dalla gestione comunitaria dell'ospedale. Parteciparono alle assemblee che riunivano insieme medici, infermieri e pazienti, e constatarono quanto tra quei reparti fossero stati abbandonati i rigidi rapporti d'autorità presenti in altri ospedali psichiatrici. Avevano sentito parlare delle iniziative intraprese dagli psichiatri inglesi e ora, nonostante Basaglia respingesse la modellizzazione dell'esperienza di Gorizia¹⁴, constatavano l'esistenza di un'alternativa alla deumanizzazione di una vita vissuta in un'istituzione totalizzante, come analizzata da Erving Goffman nel suo *Asylums*¹⁵.

⁹ M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Provincie emiliane*, Leonardo, Roma 1964.

¹⁰ A. Del Boca, *Manicomi come lager*, Edizioni dell'albero, Torino 1966.

¹¹ Interviste a Marco Murtas e Gian Paolo Turri, 31 maggio e 25 luglio 2024: da qui Murtas, Turri (maggio, luglio 2024).

¹² Murtas, Turri (luglio 2024), cit.; A.B. Hollingshead, F.C. Redlich, *Social class and mental illness: Community study*, John Wiley & Sons, New York 1958 (trad. it. di G. Jervis, *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino 1965).

¹³ Luigi Onnis (1944-2015) neuropsichiatra e psicoterapeuta, specializzato a Cagliari con Terzian in Clinica delle malattie nervose e mentali nel 1969, avviò la carriera universitaria a Verona al seguito dello stesso Terzian: J. Onnis (a cura di), *Le voci degli altri. Luigi Onnis. La mente e il cuore*, AIPSA, Cagliari 2023. La psichiatra e psicoterapeuta Gioia Massidda si formò dal 1967 al 1973 sotto la guida di Terzian e della sua équipe a Cagliari e a Verona.

¹⁴ J. Foot, *op. cit.* pp. 98-99.

¹⁵ E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968).

In un clima di matura consapevolezza culturale e di persuasa volontà di cambiamento, ma non senza difficoltà per la resistenza esercitata da istituzioni e colleghi, le iniziative di alcuni giovani psichiatri si sarebbero indirizzate a rendere più umana la condizione dei degenti dell'ospedale cagliaritano, per consentire a questi ultimi di acquistare l'autosufficienza, l'autonomia necessaria alla loro dimissione e, nel caso, alla sistemazione in strutture sanitarie esterne¹⁶. Come ha affermato Luigi Onnis, quel che allora emergeva quale espressione delle istanze emancipatrici della moderna psichiatria era la consapevolezza che alla «follia» si potevano dare risposte «non medicalizzanti ed emarginanti» e che i risultati erano molto più confortanti quando al puro controllo si sostituivano interventi capaci di «avviare processi di crescita e di liberazione umana»¹⁷.

In questo quadro, appare significativo analizzare le vicende di Villa Clara tra il 1967 e l'approvazione della legge n. 180 del 1978¹⁸. Se da un lato si evidenzia come nell'ambito della Clinica delle malattie mentali e psichiche di Cagliari si valutassero le novità proposte a livello nazionale e internazionale dal dibattito scientifico disciplinare e dalla sperimentazione attuata sul campo, d'altro lato appare significativo considerare che le iniziative dei giovani psichiatri, tese a deistituzionalizzare Villa Clara avrebbero faticato a essere condivise a livello istituzionale e sanitario, con gravi conseguenze per la salute e la tutela dei diritti dei malati psichici, a lungo emarginati e isolati, entro le mura di un fatisciente ospedale.

2. Dario De Martis

Ad animare la svolta iniziale a Villa Clara fu lo psichiatra Dario De Martis (Milano, 14 dicembre 1926 - Pavia, 18 dicembre 1996). Fu il suo intervento a impostare in modo del tutto innovativo l'attività degli psichiatri, le pratiche terapeutiche e l'organizzazione dell'ospedale.

Nel novembre 1966, vinto il concorso nazionale, De Martis era stato chiamato a insegnare psichiatria presso la Facoltà di medicina di Cagliari e, dal gennaio all'ottobre 1967, a dirigere Villa Clara in sostituzione di Giuseppe Uccheddu, allora sospeso dall'incarico perché accusato di plagio in pubblico concorso¹⁹. Nell'impresa De Martis volle a fianco a sé Fausto Petrella, assunto come assistente straordinario a Villa Clara nell'aprile 1967²⁰. Entrambi a Milano al seguito del comune maestro Carlo

¹⁶ Murtas, Turri (maggio, luglio 2024), cit.

¹⁷ J. Onnis (a cura di), *Le voci degli altri. Luigi Onnis*, cit., p. 15.

¹⁸ Sulla storia di Villa Clara cfr. A. Castellino, A.P. Loi (a cura di), *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*, AM&D, Cagliari 2007; M. Varacalli, *Villa Clara. Storia del manicomio di Cagliari*, Iskra, Ghilarza 2024.

¹⁹ Giuseppe Maria Uccheddu (1910-1979), libero docente presso la Clinica delle malattie nervose e mentali, teneva le lezioni di Clinica psichiatrica a Villa Clara.

²⁰ Vedi F. Petrella, *Dario De Martis: uno psichiatra, uno psicoanalista*, in «Rivista di psicoanalisi»,

Lorenzo Cazzullo, divenuti colleghi avevano iniziato a scrivere insieme²¹. Impegnati a integrare la pratica della psichiatria con la psicoanalisi, nella stessa città avevano condiviso esperienze fondamentali presso l'unica cattedra e Scuola di specializzazione in psichiatria che in Italia allora fosse distinta dalla neurologia²².

Nato a Milano nel 1926, De Martis si era laureato nel 1948 in Medicina e specializzato in Clinica delle malattie nervose e mentali. Alla sua formazione aveva contribuito l'esperienza vissuta a Parigi nel 1950-1951 come assistente straordinario presso la clinica neurologica diretta da Théophile Alajouanine²³. Tra il 1954 e il 1956 era divenuto prima assistente incaricato e poi effettivo dell'ospedale maggiore di Milano. Dal 1959 al 1962 era stato assistente ospedaliero presso la clinica psichiatrica diretta da Cazzullo e nel 1962 era divenuto assistente universitario di ruolo. Dal 1961 era libero docente in Clinica delle malattie nervose e mentali. Due anni dopo, quando Cazzullo ebbe la direzione del padiglione di Psichiatria d'urgenza (la cosiddetta Guardia II), aperto dal policlinico di Milano sul modello di quello già istituito a Niguarda, De Martis vi assunse la posizione di aiuto ospedaliero forte di una già consolidata esperienza.

Sbalzati dalla clinica milanese «in una situazione a dir poco sconcertante», De Martis e Petrella vissero – sottolinea quest'ultimo – un'esperienza appassionante che «rappresentò un'eccezione nelle consuetudini della psichiatria universitaria italiana: il confronto con la realtà di un grande e arretratissimo asilo per malati di mente, in un ambiente sociale desolato come quello della Sardegna negli anni Sessanta». A Cagliari, racconta Petrella, De Martis assommò «un'esperienza unica a quell'epoca per un docente universitario, una compiuta formazione psicoanalitica ed una militanza psichiatrica che non esitava a confrontarsi radicalmente con le condizioni di malattia e con i contesti istituzionali più duri e sfavorevoli»²⁴.

L'esperienza si protrasse fino al 1970, quando, lasciata Cagliari, entrambi proseguirono la carriera accademica a Pavia nell'istituto universitario che, dal 1971 al 1983, avrebbe avuto sede a Voghera vicino all'ospedale psichiatrico cittadino.

XLIII (1997), n. 2, pp. 353-362, p. 355; P. Politi (a cura di), *Dario De Martis*, in «SpiWeb Società psicoanalitica italiana», 17 gennaio 2018: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/dario-de-martis-cura-pierluigi-politi/> (ult. cons. 14/08/2025). Cfr. M. Vigneri, *In ricordo di Fausto Petrella (1938-2020)*, in «SpiWeb Società psicoanalitica italiana», 14 aprile 2020: <https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/cultura/ricordo-di-fausto-petrella-1938-2020/> (ult. cons. 14/08/2025).

²¹ P. Politi (a cura di), *Dario De Martis*, cit.

²² *Ibidem*; F. Petrella, *Dario De Martis*, cit., p. 356.

²³ *Ivi*, p. 354.

²⁴ *Ivi*, p. 356.

3. Hrayr Terzian

Hrayr Terzian (Addis Abeba 18 agosto 1925 – Verona 25 luglio 1988), nato nella capitale etiopica, si laureò a Padova nel 1953 alla scuola di Giovanni Battista Belloni, uno dei maggiori neurologi del Novecento. Nel 1949 aveva frequentato l'Istituto di neurologia dell'Università di Londra, tra il 1949 e il 1951 quello di fisiologia dell'Università di Pisa, diretto da Giuseppe Moruzzi, dove si dedicò a ricerche sperimentali sul sistema nervoso, e nel 1952 i laboratori di neurobiologia e di neurofisiologia diretti da Henri Gastaut e Georges Morin dell'Università di Marsiglia, all'avanguardia nella neurofisiologia mondiale. Sino al 1966 prestò servizio presso la Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Padova. Il 16 ottobre 1967 venne chiamato dalla Facoltà di medicina di Cagliari alla cattedra di Clinica delle malattie nervose e mentali e l'1 novembre dello stesso anno fu nominato professore straordinario²⁵.

L'esperienza in Sardegna si concluse nel 1970, quando Terzian lasciò Cagliari per la Facoltà di medicina di Verona, un distaccamento dell'ateneo di Padova. Quei tre anni, ricordò lo psichiatra, furono

dedicati alla trasformazione di un vecchio ospizio per “mentecatti e paralitici” in un Istituto universitario, attraverso la ristrutturazione edilizia, la riorganizzazione di una umana e pertanto scientifica assistenza sanitaria, l'istituzione di laboratori e l'acquisto di strumenti adeguati allo scopo²⁶.

Terzian e i suoi assistenti puntarono a modificare l'assistenza neuropsichiatrica con l'adozione di “normali” condizioni di vita per i ricoverati – furono aboliti i mezzi di segregazione e di contenzione, i trattamenti di insulino-terapia, elettro-terapia ed elettroshock-terapia – e con l'istituzione dell'assistenza ambulatoriale gratuita estesa a tutta la Sardegna centromeridionale.

Grazie alle esperienze sviluppate da Terzian i medici e gli studenti interni alla clinica appresero la possibilità di una assistenza neurologica e psichiatrica alternativa agli schemi tradizionali «basati sulla differenziazione classista, sulla sfiducia e su una rassegnata e facile accettazione, sull'emarginazione, sull'esclusione e sulla violenza»²⁷, e poterono verificare quanto il loro maestro asseriva in merito al rapporto dialettico tra società e malattia e alle cause sociali della devianza e della sofferenza psichica.

Condiviso l'impegno nel rinnovamento della psichiatria, Terzian collaborò con i

²⁵ H. Terzian, *Notizie biografiche e pubblicazioni*, Società Poligrafica Sarda, Cagliari [1969?], p. 3. Per un profilo biografico: G. Ferrari, *Terzian Hrayr*, in G.F. Viviani (a cura di), *Dizionario biografico dei Veronesi (secolo XX)*, Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, Verona 2006, pp. 804-805.

²⁶ H. Terzian, *Notizie biografiche e pubblicazioni*, cit., p. 15.

²⁷ *Ivi*, p. 17.

più importanti esponenti della scienza internazionale e con Franco Basaglia con il quale si adoperò per la riforma concretizzatasi nella legge 180 del 13 maggio 1978, la prima a imporre la chiusura dei manicomi.

4. La parola d'ordine era "relazione"

Nel triennio cagliaritano De Martis e Petrella avviarono il rinnovamento del «vetusto e maleodorante ospedale», con l'intento di ottenere, ricordava quest'ultimo, l'«apertura dei reparti»²⁸, le prime «uscite» dei degenti e soprattutto l'«apertura mentale» dei medici di Villa Clara²⁹.

L'espressione di Petrella consente di fissare nel tempo l'avvio delle iniziative intraprese per deistituzionalizzare Villa Clara. Assunta la direzione, De Martis puntò a migliorare la condizione dei ricoverati, ritenendo che l'osservazione psicopatologica e l'aiuto ai pazienti non potesse attuarsi in «ambienti istituzionali o troppo rigidi o troppo paranoici o troppo rissosi e inconsapevoli», quali erano i reparti cagliaritani. Fu una svolta radicale che determinò il coinvolgimento dei colleghi di Villa Clara – sottolinea Petrella – «in un interesse assistenziale e clinico che si erano perduti nei meandri di un'ottusa conduzione istituzionale e nell'indifferenza degli amministratori». Organizzò i primi gruppi di lavoro; coinvolse i medici in seminari di letture psicoanalitiche e discussioni in gruppo di casi in psicoterapia; avviò ricerche di carattere clinico e psicopatologico, considerato il «contesto sociale e la gestione particolarissima delle istituzioni»³⁰.

Per le conseguenze che avrebbero avuto nella direzione dei cambiamenti intrapresi furono molto rilevanti due iniziative: l'affidamento alla cattedra di Psichiatria del primo Centro di igiene mentale della Sardegna, grazie alla convenzione stipulata nel 1968 tra l'Università e la Provincia di Cagliari³¹; il carattere ambulatoriale assunto nel marzo di quell'anno dall'Istituto di Psichiatria, attrezzato dal punto di vista clinico, organizzativo e strumentale, e dotato di una ricca biblioteca³².

Per De Martis la parola d'ordine era "relazione", una parola che significava l'idea della reciprocità nell'incontro con il paziente, il quale, per quanto deteriorato e regredito, era pur sempre una persona con i suoi desideri e le sue paure. Sulle pratiche e le concezioni vigenti, sull'istituzione psichiatrica considerata «come un precipitato sociale o una sclerosi di relazioni e di ruoli, un apparato sociale carico di distrutti-

²⁸ F. Petrella, *Dario De Martis*, cit., p. 356.

²⁹ Murtas, Turri (luglio 2024), cit.

³⁰ F. Petrella, *Dario De Martis*, cit., p. 357.

³¹ Archivio storico della Provincia di Cagliari (da qui AsPC), *Cim-Centro igiene mentale [...]*, b. 793 (1968-1981).

³² D. De Martis, *Notizie sull'attività didattica, scientifica e organizzativa svolta nel triennio 1 novembre 1966 - 1 novembre 1969*, Società Poligrafica Sarda, Cagliari 1969, p. 6.

vità e fatto non per aiutare i malati, ma per difendersi da loro», De Martis produsse un'attenta critica «alla luce di considerazioni non solo antipsichiatriche, come facevano alcuni tra i migliori e più consapevoli psichiatri italiani»³³.

A Villa Clara lo psichiatra milanese connotò la propria opera con la «grande capacità di ascolto della sofferenza mentale, in particolare quella psicotica»³⁴, e si adoperò affinché «l'impostazione teorico-clinica avesse realmente effetto sulla concreta qualità e stile dell'assistenza, attivando un movimento partecipativo e conoscitivo complesso che partiva dal primario sino a coinvolgere l'ultimo infermiere»: metodi correttivi della psicopatologia istituzionale che erano tecnici prima che etici³⁵. Le considerazioni maturate negli anni cagliaritari da De Martis e Petrella, «l'impasto di sapere psicopatologico, formazione psicoanalitica e lavoro psichiatrico impegnato»³⁶, sarebbero confluiti nel volume *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi*, pubblicato nel 1972³⁷.

5. Un Programma psicoterapico per Villa Clara

Concluso l'incarico di De Martis a dirigere il manicomio fu richiamato Giuseppe Uccheddu che aveva idee assai lontane dal primo. L'avvicendamento provocò forti tensioni tra medici e assistenti sociali, e vive preoccupazioni tra i pazienti di Villa Clara, di cui riferì la «Voce di Villa Clara», il giornalino del manicomio³⁸. Nel numero del gennaio 1968, illustrate le prospettive dell'imminente riforma patrocinata dal ministro Luigi Mariotti (leggi 12 febbraio e 18 marzo del 1968, nn. 132 e 431), si dava spazio a un'intervista al direttore Uccheddu, il quale lasciava intendere un'adesione piuttosto superficiale alle novità inerenti alla gestione della malattia mentale e dei manicomi. Sollecitato sulle riforme concernenti gli ospedali psichiatrici, egli si limitava a precisare che occorreva cambiare la legge del 1904 per togliere l'iscrizione del malato nel casellario giudiziale. Specificava con una certa vaghezza che sarebbe stato necessario «rafforzare tutte quelle strutture nuove che valorizzano la persona umana: siano esse strutture nel rapporto malato-medico, malato-infermiere, malato-società», consigliava l'impegno dei medici nella ricerca scientifica e infine giudicava proficue le discussioni e le riunioni tra medici e infermieri, tra infermieri e malati, per aprire un «dialogo di comprensione per le funzioni dell'infermiere, del medico e del direttore»³⁹.

³³ F. Petrella, *Dario De Martis*, cit., p. 357.

³⁴ P. Politi (a cura di), *Dario De Martis*, cit.

³⁵ F. Petrella, *Dario De Martis*, cit., p. 358.

³⁶ P. Politi (a cura di), *Dario De Martis*, cit.

³⁷ D. De Martis, F. Petrella, *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi. Per una epistemologia psichiatrica*, Lampugnani Nigri editore, Milano 1972.

³⁸ AsPC, *Ricoverati Ospedale Psichiatrico* [...], b. 651 (1968-1982).

³⁹ «La voce di Villa Clara», 11 gennaio 1968; AsPC, *Assistenza agli alienati mentali*, b. 724 (1958-1971).

Più netti i degenti, che chiedevano di incrementare gli organici dell'ospedale e le attività di socioterapia ed ergoterapia, ma che soprattutto elencavano le conquiste irrinunciabili ottenute a Villa Clara: i permessi per recarsi al di fuori dell'ospedale, come le gite fuori porta⁴⁰; l'istituzione del centro di lettura; le attività svolte nei laboratori e nella scuola di disegno (con la pittrice Rosanna Rossi); i progettati campo di calcio e centro sociale; i gruppi organizzati nei reparti da medici e assistenti sociali per la programmazione delle attività⁴¹.

Molto critici, i medici dell'ospedale si rivolsero direttamente al presidente della Provincia, Giuseppe Meloni, per denunciare che, tornato Uccheddu, era venuta meno la «serena concordia» vissuta a Villa Clara negli ultimi tempi⁴². La protesta guadagnò le pagine della stampa cagliaritana⁴³, mentre a livello nazionale era la Teleagenzia Montecitorio a riferire delle richieste degli psichiatri volte a rimuovere Uccheddu dalla direzione, considerati gli aspetti morali che derivavano dalla condanna che gli era stata comminata⁴⁴.

Dinanzi all'impossibilità di contrastare la decisione della Provincia, il 23 novembre 1967 i medici indirizzavano una seconda lettera al presidente della stessa, all'assessore alla Sanità Armando Corona e a Uccheddu, perché fosse vagliata l'opportunità di attuare un *Programma di riorganizzazione dell'ospedale psichiatrico di Cagliari*:

Preso coscienza del fatto che una moderna terapia psichiatrica in ambiente ospedaliero non possa ridursi a una generica routine medica, nella quale il rapporto con il malato di mente si limiti ad una somministrazione farmacologica o consista in una semplice azione di sorveglianza e di custodia, si propongono di realizzare una ristrutturazione dello ospedale psichiatrico in senso psicoterapico. Ciò significa voler riconoscere al malato la sua dignità di persona umana, che necessita di un rapporto quotidiano approfondito con il curante, in un ambiente che, anziché sopprimere qualsiasi sua iniziativa, favorisca e stimoli il contatto con la realtà⁴⁵.

⁴⁰ Sulle prime gite fuori porta cfr. AsPC, *Ricoverati Ospedale Psichiatrico*, b. 651 (1968-1982): Cagliari 25 settembre 1967; Cagliari 24 luglio 1967.

⁴¹ Cfr. il succitato articolo dell'11 gennaio 1968 nel giornalino interno «La voce di Villa Clara».

⁴² AsPC, *Commissione consiliare per l'ospedale psichiatrico «Salus»*, b. 904 (1964-1969): Cagliari, 28 ottobre 1967, lettera al presidente della Provincia di Cagliari firmata dai medici di Villa Clara Raimondo Cossu, Giovanni Sanna, Fausto Petrella, Maria Ferri, Giuliana Ferri Terzian, Giorgio Massida, Raffaello Picciau, Luigi Mulas, Lorenzo Sechi, Gabriella Martignetti, Giovanna Zinco, Antonio Angioni, Luciana Vacca.

⁴³ *Il caso Uccheddu verrà deciso solo dopo la sentenza della Cassazione*, in «L'Unione Sarda», 31 ottobre 1967.

⁴⁴ AsPC, *Commissione consiliare per l'ospedale psichiatrico «Salus»*, b. 904 (1964-1969): Teleagenzia Montecitorio, Cagliari 6 novembre [1967], *Anche i medici contro il direttore dell'ospedale psichiatrico di Cagliari*.

⁴⁵ AsPC, *Schema di un Programma di riorganizzazione dell'ospedale psichiatrico di Cagliari*, Cagliari 23 novembre 1967. Firmavano la lettera i medici: Antonio Angioni, Gabriella Martignetti, Giorgio

Il *Programma* puntava, in estrema sintesi, a ridurre i tempi dei ricoveri, a scongiurare la cronicizzazione dei lungodegenti e a riabilitare i pazienti cronici. Alla luce delle riflessioni della letteratura psichiatrica in tema di organizzazione ospedaliera, attraverso gli interventi già sperimentati durante la direzione di De Martis si intendeva coinvolgere Villa Clara nei processi di riforma dell'assistenza psichiatrica attuati in Italia e all'estero. Nel *Programma* non si sosteneva solo la necessità di proseguire con i corsi per i degenti (di istruzione popolare e per la realizzazione di attività artistiche) avviati dal 1967, e di dare corso a quelli specifici per gli infermieri⁴⁶, ma si insisteva soprattutto su questioni di rilevanza strutturale: trasformare i rigidi rapporti d'autorità in rapporti più democratici e liberi; costituire delle équipes terapeutiche e proseguire con le riunioni di reparto e tra più reparti, affinché il personale abbandonasse il ruolo di sola custodia; assicurare ai ricoverati la mobilità interna, la creazione di punti di ritrovo e centri d'interesse, di strutture destinate ad attività occupative, ricreative e di svago; istituire gruppi terapeutici e psicoterapeutici per medici e infermieri, e garantire ai primi una formazione specifica nei trattamenti di gruppo⁴⁷.

Il *Programma* e le riserve sollevate sul funzionamento della direzione manicomiale divennero oggetto della Commissione consiliare per i problemi dell'assistenza psichiatrica⁴⁸. Nel dicembre 1967 l'assessore Corona, che ne coordinava l'attività, perplesso sulle possibilità di riuscita del *Programma*, stabilì di convocare i medici proponenti, nel probabile intento di spegnerne la spinta riformatrice. Gli psichiatri, ribadite le proposte, espressero tutti il timore che fossero accantonate le esperienze psicoterapeutiche sperimentate con De Martis. Uccheddu, a sua volta, si diceva propenso a proseguire il lavoro intrapreso che, peraltro, riteneva di avere avviato anche prima dell'arrivo di De Martis, ma segnalava come prioritari due interventi: incrementare il numero degli psichiatri e sfollare i reparti del manicomio⁴⁹.

Nel confronto tra i medici e l'istituzione sarebbe stato Petrella a illustrare gli aspetti più significativi del *Programma*. Ribadita la necessità di riformare il regolamento interno dell'ospedale, per rimuovere la concezione carceraria che ne qualificava l'azione, egli insisteva sulla necessità di modificare l'operato dei sanitari, puntando su una formazione fondata sulle tecniche terapeutiche di gruppo⁵⁰.

Massidda, Luigi Mulas, Maria Ferri Antico, Giuliana Ferri Terzian, Fausto Petrella, Raffaello Picciau, Nereide Rudas, Giovanni Sanna, Lorenzo Sechi, Luciana Vacca, Giovanna Zinco.

⁴⁶ AsPC, *Istituzione corsi di istruzione scolastica e di attività artistiche per i degenti dell'ospedale psichiatrico*, b. 644, (1967-1981); AsPC, *Ospedale Psichiatrico-Scuola infermieri*, b. 646 (1966-1982).

⁴⁷ Al *Programma* aderirono anche gli assistenti sociali del manicomio: AsPC, *Commissione consiliare per l'ospedale psichiatrico «Salus»*, b. 904 (1964-1969).

⁴⁸ AsPC, verbale del 27 novembre 1967. La commissione era stata preceduta da un'altra «Commissione per la vigilanza sulla gestione «Salus»» istituita il 9 febbraio 1965.

⁴⁹ AsPC, verbale dell'1 dicembre 1967.

⁵⁰ AsPC, verbale del 15 dicembre 1967.

Nonostante le assicurazioni espresse dall'assessore Corona, gli aspetti più innovativi del *Programma* sarebbero stati accantonati: fu invece ritenuto prioritario sfollare i reparti di Villa Clara, considerando questa pratica la "cura" più efficace per migliorare le condizioni dell'ospedale e l'attività dei sanitari.

6. Il dramma del sovraffollamento

Le perplessità sollevate e le proposte innovative presentate dopo la partenza di De Martis non modificarono l'orientamento della Provincia. La direzione di Villa Clara, tornata nelle mani di Uccheddu, proseguì indisturbata: sempre carenti gli organici, all'ordine del giorno rimase il sovraffollamento dei locali, dove, in alcuni periodi, si sarebbero contati fino a 1600 degenti a fronte dei 600 previsti⁵¹.

Per sopperire al problema, nel 1961 la Provincia aveva stipulato un contratto con la Società «Salus» per ricoverare i malati cronici poveri presso una struttura situata a Solanas, una località isolata del Comune di Sinnai⁵². Nel 1966, tuttavia, era stata disposta la chiusura della struttura in seguito alle denunce presentate e alle ispezioni che avevano evidenziato carenza di personale professionale, inadeguatezza dei locali, precarietà delle condizioni igieniche, assenza di vitto sufficiente per i ricoverati⁵³.

Per evitare il ritorno dei malati a Villa Clara, la Provincia decise di "smistare" i 300 degenti di Solanas nella penisola, tra i manicomi di Volterra e di San Giovanni in Persiceto, creando molti disagi per le famiglie dei ricoverati, in difficoltà nel sostenere le spese necessarie per raggiungere i parenti. Si ipotizzava anche l'apertura nell'isola di specifici «cronici» – sedi disperse dove dislocare i lungodegenti –, un'ipotesi di difficile attuazione per le perplessità sollevate dal medico provinciale⁵⁴.

Rispetto a un quadro quanto mai complesso e precario, in seguito all'approvazione della legge Mariotti e alle sollecitazioni giunte dai sindacati degli infermieri, dai malati e dai loro parenti, ma anche dal direttore dell'ospedale di Volterra, agli inizi degli anni Settanta si prospettò la necessità di far rientrare in Sardegna quanti erano ricoverati nella penisola⁵⁵. Fu un "controesodo" quanto mai difficoltoso e lento: solo nel 1978 l'ultimo degente avrebbe lasciato l'ospedale di San Giovanni in Persiceto⁵⁶.

Nel frattempo, nel marzo 1972 era stata adottata una soluzione parziale, con il trasferimento in un ex convento di Dolianova dei malati originari della provincia di

⁵¹ Sanna (marzo 2021), cit.

⁵² AsPC, *Commissione consiliare per l'ospedale psichiatrico «Salus»*, b. 904 (1964-1969).

⁵³ AsPC, *Rapporti tra l'amministrazione provinciale e la casa di cura «Salus»; Causa tra l'amministrazione provinciale e la casa di cura «Salus»*, b. 911 (1966-70).

⁵⁴ AsPC, *Istituti di ricovero alienati (cronici)*, b. 798 (1967-1975); *Rapporti tra l'amministrazione provinciale e la casa di cura «Salus»*, b. 911 (1966-70).

⁵⁵ Sanna (marzo 2021), cit.; AsPC, *Pagamenti a O.P. Volterra*, b. 706 (1966-1972).

⁵⁶ AsPC, *Pagamento rette ricoveri*, bb. 695 (1968-78) e 711 (1974-1978).

Nuoro e delle località comprese lungo la fascia costiera tra Villasimius e Teulada⁵⁷. L'iniziativa avrebbe avuto buon esito giacché, entro il 1978, gli operatori sarebbero riusciti a trasferire ben cento pazienti in case-famiglia del Nuorese⁵⁸, in un territorio dove l'opera di sensibilizzazione attuata dal Centro di salute mentale, istituito dalla Provincia di Nuoro nel 1967, puntava sulle dimissioni dei pazienti meno gravi piuttosto che sull'affollamento nei manicomi⁵⁹.

A Cagliari la situazione languiva tra innumerevoli difficoltà, tra istituzioni ancora animate dalla volontà di perseguire per i pazienti psichici forme di dislocazione ed emarginazione sociale.

7. La "cellula ribelle"

Con l'arrivo della dottoressa Ferri, del dottor Sanna e di altri operatori [...] sono cominciate a germogliare nuove iniziative, ma in una particella di una struttura [...] occupata da vecchi medici con una mentalità decisamente categoriale e rigida [...] tanto che queste attività [...] le dovevano fare di nascosto [...] erano in fondo le cose che faceva Basaglia in maniera aperta⁶⁰.

Le esperienze avviate nel 1967-1970 avevano lasciato un'impronta profonda tra gli psichiatri più giovani⁶¹ ma, per quanto essi intendessero perseguirle, il contesto istituzionale e sanitario in cui si trovarono ad operare fu tutt'altro che favorevole. A lungo, a Villa Clara, la spinta innovativa restò appannaggio di pochi medici, la cosiddetta "cellula ribelle" composta da Luigi Mulas, Maria Ferri e Giovanni Sanna, che operavano senza l'esplicito assenso della direzione sanitaria e in un clima di ironia, alimentato dai colleghi che non ne condividevano l'operato⁶².

Sarebbe stata soprattutto Maria Ferri a proseguire lungo il tracciato segnato da De Martis e Petrella, contando sulla "tutela" esercitata dal primario del suo reparto, Luigi Mulas, e sull'appoggio degli infermieri⁶³. Per quanto circoscritte, le iniziative che Ferri riuscì ad attuare furono molto apprezzate dai pazienti. Tra queste le

⁵⁷ AsPC, *Cim-Centro igiene mentale*, b. 793 (1968-1981); [*Ospedale psichiatrico di Dolianova*], b. 791 (1972-1977).

⁵⁸ Murtas, Turri (maggio e luglio 2024), cit.

⁵⁹ A. Puggioni, *L'assistenza psichiatrica pubblica a Nuoro (dal 1967 al 1985). Il Dipartimento di Salute mentale*, in A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu (a cura di), *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, Valdés, Cagliari [1987], pp. 21-28.

⁶⁰ Murtas, Turri (maggio 2024), cit.

⁶¹ Sanna (marzo 2021), cit.

⁶² Murtas, Turri (maggio 2024), cit.

⁶³ Maria Ferri operò nel ricovero di Solanas dal settembre 1964, quando frequentava la Clinica di malattie nervose e mentali: AsPC, *Rapporti tra l'amministrazione provinciale e la casa di cura «Salus»*, b. 963 (1964-1974).

riunioni di reparto, nelle quali cercava di coinvolgere anche i parenti dei malati; l'allestimento di laboratori; le gite fuori porta; i «weekend terapeutici» dedicati alle tecniche dello psicodramma, sperimentate con lo psicologo Pasquale Barone operativo a Villa Clara dal 1973⁶⁴.

Quanti avevano condiviso le novità introdotte nel 1967-1970 e ritenevano la direzione di Uccheddu un negativo ritorno al passato, cercarono di indurre un cambio di passo realizzando diverse iniziative: non ultima quella attuata nel dicembre 1970, quando le porte di Villa Clara furono aperte al giornalista Giuseppe Catalano e al fotografo Massimo Vergari affinché la sua disastrosa situazione fosse rivelata all'opinione pubblica dalle pagine de «L'Espresso»⁶⁵. La «visita» fu organizzata da Orazio Argiolas, esponente del sindacato degli infermieri, e dallo psichiatra Giovanni Sanna⁶⁶.

Il reportage suscitò grande scalpore in tutta Italia per le gravi condizioni nelle quali erano relegati i pazienti, stipati in stanze, corridoi e servizi fatiscenti. Al giornalista i medici segnalavano la carenza degli organici che impediva la visita puntuale dei pazienti, i difficili rapporti con le loro famiglie e l'assurdo ricorso ai ricoveri fuori Sardegna. Ma il dato più sconcertante per Catalano fu constatare il sostanziale disinteresse del direttore Uccheddu che, intervistato, preferì tacere dell'ospedale, mentre gli infermieri si rammaricavano per la brevità dell'esperienza vissuta con il direttore De Martis: allora «si cominciava a pensare di cambiare le cose [...]. Poi è ritornato il prof. Uccheddu e tutto è ricominciato come prima»⁶⁷.

8. Nuove consapevolezze e nuovi ostacoli alla riforma

Sino alla metà degli anni Settanta, nonostante i tentativi posti in essere e la tenacia espressa dagli psichiatri che seppure «in solitudine» si opposero alla deumanizzazione dell'istituzione totalizzante, la gestione di Villa Clara fu perlopiù caratterizzata da una concezione reclusoria e ghettizzante dei malati. Ancora nel 1976 sarebbero stati il giornalista Giorgio Pisano e il fotografo Josto Manca a immortalare il persistente degrado fisico e psichico dominante a Villa Clara⁶⁸.

⁶⁴ Murtas, Turri (luglio 2024), cit.

⁶⁵ G. Catalano, *Lasciate che i matti vengano a me*, in «L'Espresso», XVI (1970), n. 50, pp. 8-9.

⁶⁶ Sanna (marzo 2021), cit.; del primo si veda il libro memorialistico O. Argiolas, *Passepartout. Il microcosmo della follia e dintorni*, Scuola Sarda editrice, Cagliari 1991.

⁶⁷ Sanna (marzo 2021), cit.

⁶⁸ Cfr. G. Pisano, *Lista d'attesa*, Demos, Cagliari 1999. Nel 2010 le fotografie di Manca furono raccolte nella mostra *L'occhio della cronaca*: cfr. il catalogo *Josto Manca fotoreporter: l'occhio della cronaca*, a cura di G. Pisano, M. Solinas, L'Unione Sarda, Cagliari 2010, con il video <https://www.youtube.com/watch?v=OmMONbexcBQ> e la scelta di foto in L. Bertinotti, *Josto Manca e Villa Clara*, in «Associazione 9cento», 25 giugno 2012: <https://associazione9cento.wordpress.com/produzioni/civilis-consortii-errores/josto-manca-e-villa-clara/> (ult. cons. 14/08/2025).

Nella seconda metà degli anni Settanta, in seguito alle frequenti denunce e al dibattito sviluppato a livello nazionale e locale, la consapevolezza che non fosse più rinviabile intervenire sulle gravi condizioni dei degenti psichiatrici sardi si sarebbe fatta strada nelle istituzioni, nei dibattiti svolti nel consiglio provinciale cagliaritano e in quello regionale⁶⁹. Per quanto non si registrassero più forti resistenze al cambiamento, l'attuazione della legge 180 sarebbe stata invece rallentata, se non intralciata, dalla decisione della Regione Sardegna che avrebbe affidato l'istituzione dei servizi territoriali e l'apertura degli Spdc agli enti ospedalieri, responsabili di avere destinato loro una «collocazione marginale, sacrificata» e di averne costretto l'attività alla sovraccarica gestione delle emergenze⁷⁰. Istituito il Spdc, a Cagliari si sarebbe registrata «una partenza durissima»: in un reparto destinato ai soli acuti, i pazienti erano stipati in locali dove si accettava un numero di ricoveri assolutamente fuori legge, mentre restavano ancora assenti le strutture territoriali⁷¹.

Resa problematica l'attuazione della riforma, solo negli anni Novanta si sarebbero raggiunti i primi positivi traguardi, dopo anni di diritti negati alla sofferenza psichica, dopo il persistere di vistose insufficienze, di prolungate carenze, di gravi disagi patiti a livello sanitario e sociale.

⁶⁹ A titolo esemplificativo: AsPC, *Relazioni attività interna ospedale psichiatrico [...] Commissione provinciale vigilanza sui manicomi*, b. 647 (1964-76); *Archivio Consiglio Regionale della Sardegna*, sedute del 3, 11 e 12 dicembre 1968; 27 aprile, 23 maggio, 11 luglio 1972.

⁷⁰ M.G. Giannicchedda, *L'assistenza psichiatrica in Sardegna nell'indagine Censis*, in A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu (a cura di), *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna*, cit., pp. 192-195.

⁷¹ *Sanna* (marzo 2021), cit.

La comunità terapeutica del reparto 5 di Torino e Collegno, 1969-1972. Residenze, strumenti di cura e modello di lavoro

Giancarlo Albertini

L'esperienza della comunità terapeutica¹ del Reparto 5 (d'ora in poi Ct5) iniziò a Torino nell'aprile 1969 nell'ormai fatiscante struttura manicomiale di via Carlo Ignazio Giulio, dove un gran numero di ricoverate vivevano ammassate in grandi stanzoni, per poi passare nel febbraio 1970 a Villa Rosa a Collegno, in un edificio recente pensato come ospedale per la cura e non per la reclusione. Si concluse tra il luglio 1971 e il marzo 1972 alle ville Regina Margherita, in edifici con camere singole o doppie in strutture architettoniche da città giardino. Fu un percorso virtuoso che condusse alla dismissione e al reinserimento sociale di tutte le ricoverate.

Metterò a confronto il modello, le norme, i rituali, i valori dichiarati, il clima emotivo, cioè la struttura visibile con l'implicito, i problemi quotidiani, i pregiudizi e le relative difese.

Ho ricostruito la storia su documenti originali: i rapportini delle infermiere dall'1 aprile 1969 sino al 22 aprile 1972, in sei quaderni; i verbali delle assemblee dal 26 marzo 1970 al 5 giugno 1971, in tre quaderni; le verbalizzazioni della paziente Olga (un'ex maestra) dal 16 gennaio 1970 all'11 settembre 1970, in quattro quaderni; i verbali delle riunioni di staff dal 4 giugno 1970 al 10 dicembre 1970, in un quaderno; i verbali delle visite domiciliari, in un faldone; i quaderni dei casi, in due quaderni.

Ho osservato con particolare attenzione le modificazioni del linguaggio delle infermiere nelle interazioni con le ricoverate, nei verbali, nelle assemblee e il clima

¹ L'espressione fu coniata da Thomas Main nel 1946 e venne ufficializzata nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità in uno studio in cui si suggeriva l'opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in comunità terapeutiche. La prima comunità terapeutica fu creata nel 1952, in Inghilterra, dallo psichiatra Maxwell Jones, con l'obiettivo di far partecipare i pazienti, e quindi responsabilizzarli, nella gestione dell'istituzione psichiatrica in cui erano ospitati. Per la ricezione italiana in fase matura, cfr. M. Jones, *Beyond the therapeutic community: social learning and social psychiatry*, Yale University Press, New Haven 1968 (trad. it. di L. Volpatti, *La psicologia nell'ambiente sociale: al di là della comunità terapeutica*, il Saggiatore, Milano 1974); M. Jones, *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*, Penguin books, Harmondsworth 1968 (trad. it. di A. Bencini Bariatti, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, ETAS Kompass, Milano 1970); M. Jones, *The process of change*, Routledge & Kegan Paul, Boston 1982 (trad. it. di R. Bortino, *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica*, FrancoAngeli, Milano 1987).

politico che ha influenzato la nascita e la vita della Ct5, il sistema di potere e l'ideologia sottesa a confronto con i modelli di riferimento dei padri nobili e mi sono confrontato in lunghe conversazioni con il professor Annibale Crosignani, animatore e protagonista della Ct5².

1. I presupposti politici

Le assemblee pubbliche di ricoverati, infermieri, medici e studenti che si tennero a Torino in via Giulio e nel teatrino dell'ex ospedale psichiatrico di Collegno il 13, 14 e 15 dicembre 1968 rappresentarono il presupposto politico immediato della nascita della Ct5. Veniva denunciata la politica autoritaria nascosta in una inesistente democratizzazione amministrativa e terapeutica e veniva richiesta la democrazia diretta per tutte le componenti della comunità psichiatrica come unica formula per ristrutturare il settore psichiatrico³. Era, o voleva essere, l'inizio di un pubblico dibattito sugli ospedali psichiatrici e sulla malattia mentale⁴ nelle università, nelle fabbriche, negli enti pubblici, che ebbe eco anche sulla stampa. Si mobilitò anche la sezione torinese dell'Associazione lotta alle malattie mentali (Almm), che nel teatrino di Collegno organizzò assemblee con una forte partecipazione di parenti di ricoverati, malati, studenti, infermieri e qualche medico⁵.

E il 3 aprile 1969 si giunse all'atto di fondazione: i due medici Giuseppe Luciano e Annibale Crosignani si riunirono in assemblea assieme a ventiquattro infermiere⁶

² I documenti provengono a propria volta dall'archivio personale del professor Annibale Crosignani. Molte ore di registrazione circa la sua attività, raccontata da Crosignani stesso, sono disponibili online su *Memoro: la banca della memoria*: <http://www.memoro.org/it/ricerca.php> (ult. cons. 26/07/2025).

³ Cfr. F. Cavallo, *Lotta contro gli ospedali psichiatrici*, in «Quaderni Piacentini», VIII (1969), n. 37, pp. 94-100; S. Dalmasso, *Il sessantotto e la psichiatria*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005, pp. 45-58; S. Lentini, *Il Sessantotto. La battaglia contro le istituzioni e la psichiatria "etico-pedagogica" di Franco Basaglia*, in «Studi sulla formazione Open Journal of Education», 22 (2019), n. 2, pp. 311-324: <https://doi.org/10.13128/ssf-10805>.

⁴ Alla fine del 1968 Enrico Pascal e alcuni infermieri di Collegno avevano scritto un documento sulle condizioni inumane nel loro reparto e incominciarono a tenere assemblee giornaliere con i degenti. Per mancanza di appoggio esterno non riuscirono a coinvolgere le altre sezioni. Il *Rapporto sezione 12 di Collegno 31/X/1968* (letto il successivo 15 dicembre nel teatrino dell'ospedale psichiatrico), è digitalizzato e consultabile su <https://www.ilmargine.it/enrico-pascal-1-rapporto-sezione-12-collegno-31-ottobre-1968/>, ult. cons. 26/07/2025).

⁵ Cfr. per esempio *Le cliniche occupate*, in «La Stampa», 14 dicembre 1968, p. 2. Si veda D. Lasagno, *Oltre l'istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Milano 2012, pp. 79-114. Sull'Almm, si veda anche E. Contenti, *Voci da un altro mondo. Lettere dal manicomio senza censura. "Matti" di ieri e invisibili di oggi*, Sensibili alle foglie, Roma 2020, pp. 28-34.

⁶ In ordine alfabetico: Amerio, Aires, Alpe, Balocco, Bottino, Bracco, Cerva, Callegaro, Castagna, Corvi, Milan, Cacci, Mascia, Ortale, Quinto, Agostini, Paonazzo, Puozzo, Radiati, Pedicone, Ricchetto, Selle, Scavino, Siviero.

e approvarono una lettera al presidente degli ospedali psichiatrici torinesi, al medico provinciale e al medico direttore nella quale si dichiaravano

consapevoli che l'ordinamento autoritario-repressivo che regola attualmente la vita dell'Istituzione produce inevitabilmente sulle degenti: degradazione progressiva fino all'annientamento psicologico totale; sul personale sanitario: dequalificazione e disumanizzazione del ruolo professionale che diviene strumento medesimo della violenza istituzionale.

Chiedevano perciò di costituirsi ufficialmente in équipe per strutturare una comunità terapeutica:

Lo staff sanitario intende recuperare la propria figura terapeutica nel rifiuto della funzione custodialistico-carceraria, liberando le degenti dalle sovrastrutture istituzionali e mettendo a fuoco la malattia mentale originaria, la quale solo allora potrà essere curata in rapporto all'ambiente sociale in cui si instaura. Senza una preliminare opera di disalienazione, ogni altra forma di approccio al malato mentale è pura mistificazione⁷.

2. La nascita della Ct5

L'esperimento cominciò il 10 aprile nel reparto 5 di via Giulio a Torino dove si trovavano 158 lungodegenti. Veniva richiesta l'immediata applicazione dell'art. 2 della legge 431 del 7 marzo 1968, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, che prevedeva per ogni divisione di 125 letti la presenza di 3 medici psichiatri, 1 medico igienista, 1 psicologo, 1 infermiere ogni 3 posti letto e 1 assistente sanitaria e sociale ogni 100 posti letto (la richiesta venne disattesa). Con l'équipe avrebbero collaborato una psicologa e un gruppo di studenti⁸. Le infermiere avrebbero svolto solo compiti terapeutici, sostituite nella manovalanza da inservienti:

Consapevoli che l'équipe potrà realizzare pienamente la sua finalità terapeutica solo dopo aver superato ogni rigida gerarchizzazione, sono dell'opinione che per il conseguimento di tale obiettivo sia di insuperabile ostacolo la presenza della Suora Capo Reparto, essendo questa una figura carica di forti componenti autoritaristiche.

⁷ Per quanto precede, cfr. G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati. Analisi di un'esperienza*, tesi di specializzazione, a.a. 1972-1973, Facoltà di Magistero, Università di Torino, p. 22.

⁸ Con la comunità terapeutica collaboravano la psicologa Franca Mussa Ivaldi e un gruppo di studentesse e studenti universitari: William Liboni (di Medicina), Paola Mossetto e Gianfranco Verdoja (di Psicologia), Ermanno Gallo, Bruno Boveri e Rosella Benusiglio (di Filosofia).

Dopo un periodo di adattamento, le suore, come le infermiere d'altronde, finivano sempre per aderire (la frase va sciolta) all'ideologia dell'istituzione manicomiale: preminenza assoluta della funzione custodialistica, importanza della disciplina, enfattizzazione della pericolosità del malato, mitizzazione ossessiva dell'incidente, liceità morale dell'uso indiscriminato dei mezzi di contenzione.

Su questa ideologia si innestava la particolare visione del mondo che derivava loro dalla vocazione religiosa: la paziente era figlia del peccato e doveva espiare le colpe dei genitori oppure redimersi dalle sregolatezze della vita passata; il rifiuto della sessualità o sovente della stessa femminilità, l'esaltazione delle virtù della rinuncia, rassegnazione e umiltà, il modello della regola monastica: l'obbedienza sottomessa e acritica, l'osservanza rigorosa di regole fisse e imm modificabili; la madre buona e pietosa nei confronti delle degenti che si adeguano a questa mentalità, con effetti regressivanti sulla personalità della ricoverata.

Questa scelta pregiudiziale condizionava l'organizzazione gerarchica e influiva sull'equilibrio dei poteri nel reparto; incise infatti in modo rilevante sull'adesione all'esperienza della comunità terapeutica da parte del personale infermieristico, che era elemento indispensabile per la riuscita dell'esperimento. Solo un gruppo di lavoro volontariamente coinvolto avrebbe garantito il successo, anche in considerazione della difficoltà e della fatica quotidiana da mettere in preventivo per un periodo di tempo indefinibile e senza garanzie di successo.

3. Il rogo delle cinghie e la struttura del potere nella minisocietà del Reparto

Dopo una assemblea con Franco Basaglia, a giugno⁹, il 13 settembre 1969 nel cortile dell'ex sezione *Furia* si tenne una storica assemblea, con la partecipazione imponente di ricoverate di quasi tutti i reparti: venne istruito un pubblico processo contro i mezzi di contenzione e vennero date alle fiamme le cinghie, le camicie di forza e i manicotti¹⁰.

Fu un momento di svolta.

Il potere nel reparto si era fondato sulle relazioni interpersonali che la struttura manicomiale determinava, sulla gerarchia di valori e le norme di comportamento e sugli effetti indotti sulla personalità del soggetto. Una delle caratteristiche era stata la netta scissione tra il potere formale in mano al medico e quello effettivo esercitato quasi integralmente per deleghe successive dalla suora caporeparto, dalle infermiere

⁹ *Assemblea con le malate in via Giulio*, in «La Stampa», 12 giugno 1969, p. 5. Le malate hanno illustrato con esempi concreti la differenza tra «le tristi condizioni di un tempo e il senso di sollievo da quando medici, infermieri e studenti hanno instaurato nel reparto un nuovo clima di umanità e di comprensione. Il dott. Basaglia parlando delle sue esperienze ha detto che «la malattia mentale esiste e purtroppo non si sa ancora cosa sia».

¹⁰ *Malate e medici condannano al rogo le "camicie di forza"*, in «La Stampa», 14 settembre 1969, p. 5.

e da alcune degenti incaricate, dietro il compenso di piccoli privilegi, di riferire sulle trasgressioni alla disciplina e sulle confidenze ricevute dalle compagne.

Questa struttura esisteva fin dalle origini della storia manicomiale: il medico rivestiva un ruolo marginale agli effetti operativi, fondamentale per la copertura scientifica degli scopi esclusivamente reclusorio-custodialistici che l'istituzione costantemente perseguiva.

Ma d'altra parte la sua leadership era cruciale, come – se esisteva – il suo carisma.

La personalità dei protagonisti delle esperienze di comunità terapeutiche è infatti determinante nel garantirne la riuscita: la presenza di leader che decidono le scelte quotidiane e risolvono i momenti critici di dissidio è fondamentale. Consideriamo il caso di tre mostri sacri: Main, Jones e Basaglia.

Il primo è così descritto da Eric Rayner:

«[...] è a suo agio sempre, sia che tratti con un cuoco, con un addetto alle pulizie, un impiegato, una contessa, un curdo, un cileno o con la regina in persona. [...] Per natura Tom Main è un democratico interclassista, assolutamente lontano da qualunque forma di elitarismo. Uno dei suoi grandi meriti è stato quello di tener fuori dalla psicoanalisi l'arroganza, l'isolazionismo e lo snobismo che hanno sempre rappresentato per questa una maledizione ed un pericolo ricorrente. [...] Mentre il suo egualitarismo e l'interclassismo sono indiscussi, egli è un leader per natura, ma è anche un tiranno. [...] anche se crede nella democrazia in politica, è profondamente convinto che, per gestire efficacemente qualcosa, [...] Una sola persona deve essere a capo di un'organizzazione e di ogni sua parte, farsi carico del suo funzionamento e assumersene la responsabilità¹¹.

D'altra parte Maxwell Jones era «un misto di fascino irlandese, di super-Io scozzese e di senso di protesta britannico verso una burocrazia disumanizzante», come già rimarcato da Robert Rapoport in *Community as a Doctor*¹². E per Franco Basaglia le imprese impossibili erano pane quotidiano. A propria volta nella storia della Ct5 alcuni momenti rischiarono di far fallire l'impresa e vennero risolti per l'appunto in virtù del carisma del professor Crosignani.

In vista della realizzazione della prima Unità di settore, il 19 febbraio 1970 il dottor Luciano si staccò e formò una nuova comunità maschile che prese in carico i ricoverati di Torino Centro, occupando il piano terreno di Villa Rosa a Collegno,

¹¹ E. Rayner, *Introduzione*, in T.F. Main, *The Ailment and other Psychoanalytic Essays*, edited by J. Johns, Free Association Books, London 1989 (trad. it. di F. Forquet dell'Orefice, *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*, a cura di F. Paparo, Il Pensiero Scientifico, Roma 1992, pp. XV-XXX, pp. XVI, XVII): questo ritratto è ripreso poco più estensivamente da G. Foresti, E. Pedriali, *Introduzione*, in A. Ferruta et alii (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano 1998, 17-41, p. 28.

¹² G. Foresti, E. Pedriali, *Introduzione*, cit., pp. 23-27, 30; cfr. inoltre la rielaborazione degli stessi, *L'Henderson Hospital e il suo peso nella storia del movimento delle Comunità Terapeutiche*, in <https://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/henderson.htm> (ult. cons. 26/07/2025).

mentre la Ct5 si sistemò al secondo piano. Tra l'aprile 1969 e febbraio 1970, 42 delle originarie 158 degenti furono dimesse assieme ad altre 19 entrate in seguito: entrano in pensionati, tornarono in famiglia o andarono a vivere da sole.

Per disposizione dell'amministrazione, che nel nuovo padiglione non disponeva di posti sufficienti, le 54 più anziane rimasero in via Giulio mentre 60 si trasferirono a Villa Rosa¹³.

4. Definire gli scopi della comunità

La determinazione di quello che oggi è detto *mission*, cioè della «dichiarazione d'intenti a cui una organizzazione si ispira nel definire i propri obiettivi»¹⁴, è elemento cruciale in quanto condizione della organizzazione interna e dei meccanismi di funzionamento: organizzazione e scopi da perseguire sono strettamente legati.

Fondamentali assunti teoretici e politici della Ct5 furono la democratizzazione, il collettivismo, la permissività e il confronto con la realtà e parallelamente lo sfocamento dei ruoli per facilitare l'assunzione di responsabilità, le riunioni dello staff e il principio di apprendere dalla vita.

Occorreva l'analisi continua del rapporto tra ricoverati, il rispetto per se stessi e per gli altri, percorsi personalizzati a partire dallo specifico disagio avvertito. Era inoltre necessario favorire la gradualità dei comportamenti adattivi e delle cognizioni sociali, assegnare un valore alla quotidianità.

Le aspettative di chi vive in comunità comportano la ricerca di una esperienza che possa permettere di sentirsi nuovamente "padroni di se stessi", a volte anche dubitando fortemente che ciò sia possibile.

L'iter prevede che l'aspettativa dell'utente si confronti con le aspettative degli altri ospiti e degli operatori, ciò dovrebbe consentire di difendere il sentimento di identità personale e di stabilire fra sé e gli altri una linea di confine. Nello stesso tempo, però, entrare in relazione con gli altri comporta una rinuncia a quello che Donald Winnicott chiama il «controllo onnipotente»¹⁵ sulla paura di dissolversi e l'angoscia di rimanere frammentati, nel tentativo di includere altre realtà nel proprio mondo inconscio. In questa continua tensione e lotta interiore, il gruppo svolge una funzione di mediazione e di filtro tra le norme della collettività e l'elaborazione che il singolo può realizzare nella sua vita quotidiana.

¹³ L'équipe di Villa Rosa era formata da Crosignani, dall'assistente sanitaria Lupano e da trentadue infermiere, tutte del nucleo originario. Continuarono l'assemblea giornaliera di reparto, la riunione pomeridiana di staff e le visite dei parenti. Diminuì l'apporto di operatori esterni e cessò quasi del tutto la presenza degli studenti.

¹⁴ <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/comunicare-e-informare/definizione-della-mission/index.html> (ult. cons. 26/07/2025).

¹⁵ Introduttivamente D. Winnicott, *Psicoanalisi dello sviluppo. Brani scelti*, a cura di A. Nunziante Cesàro, V. Boursier, Armando, Roma 2004.

La comunità terapeutica implica alleanza tra il singolo paziente e lo staff degli operatori, comunità intesa come luogo in cui creare verifiche dinamiche per utilizzarle come fattore di trasformazione, mandato sociale, inteso come compito della comunità di curare e rieducare l'individuo, mandato terapeutico, nel senso di consentire all'individuo l'acquisizione di una identità sana e adulta, la capacità di sapersi distinguere dagli altri e di ritornare nel contesto sociale, dotato di maggiori competenze, abilità e competenze trasversali.

5. La ridefinizione del concetto di malattia mentale

Il medico manicomiale dava una spiegazione “scientifica” del comportamento anomalo e del disturbo: la causa della malattia mentale era considerata a carico di entità astratte. Si tratta di un tipo di approccio riduttivo, frutto di una trasposizione meccanica di ideologie, proprie di altri campi di ricerca e inadatte allo studio e alla conoscenza di un oggetto talmente più complesso com'è la persona.

L'équipe accettò l'impostazione di un quadro concettuale di riferimento completamente diverso: la malattia mentale messa come tra parentesi, non cancellata ma non ritenuta l'unico punto di riferimento per costruire gli interventi e le terapie verso la paziente.

Il disturbo esistenziale del soggetto era spiegato in tutta una complessa rete di fattori di cui la “malattia” non è che un elemento, e non sempre quello che gioca il ruolo più importante.

La famiglia, la situazione socio-economica, i rapporti di lavoro, i rapporti interpersonali, la malattia in sé e i reciproci nessi fra questi elementi hanno giocato e giocano tutti un ruolo nel determinare lo stato del paziente. Conoscere questi elementi e le loro connessioni è condizione per curare.

Un elemento fondamentale che non deve essere mai perso di vista è inoltre il “significato” che danno il paziente, i familiari, i membri stessi dell'équipe al disturbo, ossia al modo in cui viene “vissuta” la stessa situazione di malattia¹⁶.

Venne perciò da subito impostato un lavoro sistematico di indagine, allo scopo di ricostruire il quadro della situazione familiare di ogni paziente. Si cercarono contatti con i parenti, invitati in reparto perché vedessero le reali condizioni dei congiunti. I parenti restii furono visitati dalla degente accompagnata da un'infermiera, per un possibile reinserimento in famiglia, ma anche per sanare ferite provocate nell'autostima della ricoverata causata dal rifiuto e dall'abbandono. Anche se la famiglia non riprendeva la congiunta, spesso fu indotta a collaborare per la risocializzazione.

¹⁶ Cfr. F. Basaglia, *Le contraddizioni della comunità terapeutica*, in «Minerva Medica Giuliana», vol. 10, (1970), n. 1, pp. 22-25, parzialmente difforme la versione consultabile online in <http://www.persalutementale.altervista.org/files/01Contraddiz-ComTerap-70.pdf> (ult. cons. 26/07/2025).

Inoltre, considerando che il malato non può essere oggetto passivo di un trattamento, non può guarire senza un coinvolgimento diretto in prima persona, si provò che era possibile fare a meno della contenzione. Questo implicava il riconoscimento dei diritti del degente ma anche l'assunzione, da parte sua, della responsabilità di scegliere – nei limiti delle capacità e delle possibilità reali – il nuovo progetto di vita. Gli doveva essere garantita la compartecipazione alle decisioni e l'esercizio del controllo sull'ambiente di vita.

Quindi la gestione comunitaria del reparto assunse un ruolo determinante nella riabilitazione delle degenti. Connessa a questa scelta di base, nel rifiuto del potere personale e repressivo, fu la rinascita di una vita sociale, prima inesistente, e la possibilità di sperimentare di nuovo il rapporto interpersonale, non più vissuto come pericoloso e precario.

Si indicò al personale che anche nel linguaggio dissociato del delirio ci sono contenuti di comunicazione che si possono decifrare nel loro significato nascosto.

Sul quaderno dei casi venivano riportati appunti sulle conversazioni particolarmente significative con le pazienti per avere elementi utili alla discussione del caso nelle riunioni pomeridiane di staff.

Ecco un brano del colloquio con la signora Maria T.:

Infermiera: Buon giorno signorina, come sta?

Maria: Fino a quando sono qui dentro va male. Voglio andare a casa

Infermiera: Chi c'è a casa sua?

Maria: Mio cognato e mia sorella

Infermiera: Vengono a trovarla?

Maria: Mio cognato è venuto l'altro giorno e mia sorella non può venire perché deve governare i miei diciotto figli.

Infermiera: Allora lei è sposata?

Maria: No, non sono sposata perché sono nata santa.

Infermiera: Quanti anni hanno i suoi figli?

Maria: Il più grande ha tre mesi e il più piccolo due giorni.

Infermiera: Dunque il più piccolo è nato ieri. È qui in reparto?

Maria: Ho gli angeli che me lo portano a casa da mia sorella. Quante sofferenze devo subire per questi benedetti figli da mantenere. Per la mia santità non mi sono sposata.

Infermiera: Chissà quante sofferenze ha dovuto sopportare!

Maria: La colpa è di suor C*, che era una falsa suora e sputava sempre sul mangiare e sui miei vestiti. Non poteva vedermi perché io sono venuta sulla terra messaggera di Dio. Quella maledetta suora è una peccatrice.

Infermiera: Lo so che le ha fatto tanto male.

Maria: Mi disprezzava e mi dava il mangiare marcio e un giorno mi ha detto che io morirò qui. Ma io so che è Dio che decide la mia sorte. Adesso parlo con lei, perché lei mi crede. So che è un angelo travestito.

Infermiera: Io non sono un angelo, sono una persona normale.

Maria: Lei non lo sa questo, ed io non dovevo dirglielo.

Si avvicinano altre degenti e Maria si allontana.

A condurre il colloquio era un'infermiera autodidatta e le abilità dimostrate sono indicative della crescita professionale delle operatrici, della loro trasformazione da semplici controllori a terapisti. E questo era il risultato che dava il lavoro di équipe. Si pensi ad esempio alle reazioni di scherno, alle risatine sommesse, che avrebbero suscitato in un'infermiera manicomiale gli spunti di delirio mistico che affiorano nel discorso della paziente e si faccia il confronto con la naturalezza con cui l'infermiera si fa coinvolgere nel "gioco psicotico" per poi arrivare, senza forzature, a riportare l'ammalata su un terreno di realtà.

6. L'organizzazione

Nella cadenza giornaliera l'assemblea aveva una importanza fondamentale.

Alle 10 un'infermiera, una degente, uno studente, un medico, come capita, passa per il reparto, gridando: "Assemblea. Si comincia l'Assemblea". Le degenti si avviano verso il soggiorno ricavato nel vecchio dormitorio comune e ciascuna si siede al suo posto. Posti ambiti sono quelli vicino al medico, ma qualcuna sta distante. Alcune all'inizio stavano in piedi vicino alla porta. La partecipazione è libera, chi non partecipa poi si informa dalle altre e la partecipazione è quasi sempre numericamente nutrita.

Si discuteva di vari argomenti: problemi organizzativi del reparto, violenza ed esclusione manicomiale. Occorreva rielaborare dal nulla un sistema flessibile di convenzioni, liberamente accettate, un codice comportamentale per fissare i limiti, più ampi possibile, da porre alla libertà individuale, in modo da non nuocere a quella degli altri, al fine di rendere possibile e fruttuosa la convivenza comune. Fu un processo dialettico con successivi aggiustamenti e adattamenti che l'esperienza suggeriva. Esso maturò appunto nelle discussioni assembleari in un civile e ininterrotto confronto fra le varie opinioni e le proposte alternative. Ed era l'assemblea a svolgere la funzione di controllo sociale.

Non erano rare le occasioni di parlare degli avvenimenti della vita sociale e politica italiana.

Si discuteva talvolta di quello che era accaduto nella notte e che era stato scritto dalle infermiere nei rapportini. In essi venivano riportate notizie in modo sommario: temperatura delle pazienti da osservare, numero dei letti occupati, nome di chi aveva disturbato, farmaci somministrati, eventuale rifiuto di cure, annotazione di permessi e rientri, problemi medici particolari, nome delle infermiere presenti. La compilazione era oggetto di analisi e di riflessione anche nelle riunioni di staff.

Nel luglio del 1970 le osservazioni passarono da poche righe ad una media di una pagina per notte e anche in questo ambito si notava una progressiva professionalizzazione del personale: venivano descritti i comportamenti che non rispettavano le regole date in assemblea, sempre più nel dettaglio man mano che passavano i mesi.

Per quanto riguarda le osservazioni specificatamente psichiatriche, esse furono quasi totalmente assenti fino al marzo 1970: venivano annotati comportamenti come se si trattasse di persone senza patologie mentali. A partire da marzo compaiono sul quaderno le indicazioni di Crosignani e le osservazioni diventano più mirate:

25-4-1970 ore 19. Il rapportino è un documento di grande valore; è il resoconto dei fatti essenziali della nostra comunità. Se qualcuno ritiene opportuno segnalare fatti che interessano le degenti o l'équipe, lo faccia con franchezza e serietà a titolo personale. Qualora sia il soggetto privo di senso di responsabilità o di coraggio, allora si può rifugiare nell'anonimato. In questo caso è d'uopo specificare correttamente i fenomeni almeno. Però bisogna scrivere in un libro a parte, il libro appunto delle accuse anonime, scritto (...) dalle persone che non osano firmarsi (o forse non sanno più il proprio nome). Nel "rapportino" c'è sempre un soggetto che scrive e firma [Crosignani].

A partire dalla primavera 1970 le annotazioni mutarono ancora e nella documentazione appare spesso quasi un piacere di scrivere, descrivere, raccontare.

Sono molto importanti anche i verbali delle assemblee che possediamo in due versioni: quella delle infermiere verbalizzanti e il controcanto di Olga, una ricoverata che era stata maestra e non si considerava soddisfatta di come talvolta le infermiere, poco letterate, riportavano le animate e complicate discussioni in assemblea.

Nel pomeriggio si tenevano le riunioni dello staff nelle quali l'équipe, medici e infermiere, discutevano delle strategie di intervento.

Molto importanti nel lungo processo di dismissione furono le visite domiciliari: le pazienti dovevano essere seguite per un lungo periodo anche quando erano state dimesse, soprattutto se stavano affrontando una vita autonoma. Due infermiere facevano visita alle ricoverate nei loro alloggi, osservavano e riportavano all'équipe le problematiche riscontrate e decidevano le modalità di supporto.

7. Esperimenti di risocializzazione

Nel luglio 1971 era avvenuto il trasferimento alle Ville Regina Margherita. Si continuò con la risocializzazione esterna con uscite quotidiane delle ricoverate da sole o accompagnate, se le condizioni fisiche o psichiche non lo impedivano. Una grave difficoltà da superare consisteva nell'apprendimento delle regole e delle competenze sociali, l'uso dei mezzi di trasporto, l'uso dei soldi e quindi l'abilità in semplici calcoli. I risultati della risocializzazione interna furono sorprendenti, valutati in termini

di modificazioni del comportamento delle singole pazienti, anzi, in termini di variazione della struttura di personalità.

Altro elemento fondamentale fu la rottura delle barriere e dei vincoli di reclusione: il reparto completamente aperto: studenti, parenti, Almm, simpatizzanti entravano senza formalità; le ricoverate uscivano senza altra formalità che il “permesso di uscita”. Si attuava in questo modo uno scambio fra il dentro e il fuori, una apertura sociale e un coinvolgimento nella comunità.

Il comportamento delle pazienti più anziane e degli operatori spingeva in modo intensivo il nuovo arrivato nel gruppo a comportarsi in conformità alle norme della comunità, ad avere fiducia negli altri, a parlare dei propri problemi e delle proprie angosce, a lasciarsi coinvolgere come membro attivo della comunità. Di fronte ad un comportamento problematico, la cultura della comunità motivava, guidava e richiedeva agli utenti e agli operatori, di esporsi e di assumere di fronte ad esso un atteggiamento finalizzato a produrre un cambiamento.

8. Verso il Settore

Nel periodo finale la Ct5 si unì ad un gruppo di 5 infermiere, al dottor Curti e a 30 lungodegenti che non avevano beneficiato della CT per un grado di manicomializzazione rilevante.

La fusione diede luogo ad una serie di tensioni che travagliarono per mesi il lavoro di gruppo, difficoltà dovute a differenti “culture” e metodi di lavoro. Lo scontro avvenne sulla posizione da prendere circa la “Convenzione” che doveva regolare il passaggio dalle dipendenze dell’Opera Pia a quella della Provincia, in vista del lavoro di Settore e della creazione dei servizi psichiatrici esterni. Tale convenzione era appoggiata dalla parte più avanzata del gruppo come mezzo necessario per superare l’empasse della situazione manicomiale e permettere un più regolare lavoro esterno ma era osteggiata dal gruppo più tradizionale-tradizionalista che vedeva in essa il pericolo di perdere alcuni vantaggi economici. Quelli che non condividevano la scelta settoriale, o almeno le modalità di tale scelta, uscirono infine dal gruppo nel marzo 1972.

L’équipe riuscì a dimettere molte lungodegenti, a preparare un piano di ristrutturazione interna dei reparti e a presentare alla Provincia un programma per prendere in carico il Settore 5 non ancora assegnato.

9. Considerazioni statistiche

A titolo di conclusione riporto alcune analisi dei fattori di successo e di insuccesso nella risocializzazione e alle dimissioni relative alle ricoverate della Ct5¹⁷.

L'analisi è condotta su 41 casi provenienti dalle 158 pazienti originarie che hanno vissuto tutta l'esperienza della Ct5 nelle sue varie sedi e di cui si è potuto consultare la cartella clinica.

Il 50% di loro andò a vivere in casa propria o rientrò in famiglia, mentre l'altra metà fu dimessa in casa di riposo: complessivamente furono dimesse 97 pazienti.

Nell'esame statistico sono stati presi in esame l'età all'inizio della CT, la durata e il numero di ricoveri prima della CT, la durata del periodo di predimissione, lo stato civile, il livello della sintomatologia psico-patologica al momento della dimissione.

La maggiore risocializzazione è avvenuta nelle dimesse in famiglia o andate a vivere da sole. L'età non ha inciso sulla dimissione in casa di riposo, mentre spersonalizzazione e disapprendimento sociale hanno avuto un ruolo determinante sul recupero: le persone trasferite in case di riposto corrispondono a quelle ricoverate precedentemente per periodi più lunghi. Inoltre le degenti con più ricoveri sono per lo più tornate in famiglia o sono andate a vivere da sole. Le coniugate e le vedove hanno avuto maggiore probabilità di trovare qualcuno da coinvolgere nella risocializzazione e quindi di tornare in famiglia o andare a vivere da sole.

L'ipotesi che il livello elevato di sintomi abbia influito sulla difficoltà di dimissione non è stata invece confermata.

¹⁷ Da G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati*, cit., pp. 138-164.

L'ambulatorio psichiatrico territoriale di Settimo Torinese

Giacomo L. Vaccarino

Dal febbraio del 1971 a Settimo Torinese iniziò a funzionare il primo vero ambulatorio psichiatrico territoriale nella provincia di Torino. L'ambulatorio, diretto da uno psichiatra e gestito da un'assistente sociale e cinque infermieri, era l'espressione concreta della lotta all'istituzione manicomiale tradizionale, oramai messa in crisi un po' ovunque, in Italia come in Europa, e della volontà, come scrisse il dottor Enrico Pascal, di «continuare sul territorio la lotta contro il manicomio e contro l'emarginazione»¹.

E in effetti l'ambulatorio nasceva da una lotta teorico-pratica che da alcuni anni in Italia e in altre Nazioni si stava sviluppando contro i manicomi, per realizzare un diverso approccio e un diverso trattamento delle malattie mentali, superando l'ormai secolare istituzione emarginante, che in realtà non aveva mai curato i malati di mente, ma soltanto provveduto alla loro separazione coatta dalla società dei cosiddetti sani di mente. Una lotta che trovava le sue basi in alcune opere teoriche e di analisi storica, peraltro di grande successo editoriale, che proponevano e documentavano con forza e anche coraggio politico una diversa interpretazione e conseguentemente una diversa gestione della malattia mentale, sulla base del pensiero fenomenologico di Edmund Husserl. Bisogna quindi risalire agli scritti di Ludwig Binswanger, Maxwell Jones, Ronald D. Laing, Thomas S. Szasz, con il sociologo Erving Goffman, e di alcuni altri, tra cui gli italiani: Giovanni Enrico Morselli, a Novara, dal 1935 al 1970, iniziò ad applicare il metodo fenomenologico allo studio della realtà schizofrenica; soprattutto, però, alla fenomenologia fu ispirato il lavoro di cura di Franco Basaglia, riversato tra gli anni Sessanta e Settanta nella cardinale battaglia contro la segregazione manicomiale negli ospedali psichiatrici di Gorizia e di Trieste, che pose le prime basi della futura riforma psichiatrica del 1978².

¹ *Archivio Enrico Pascal. La rivoluzione in manicomio*, in *Il Margine. L'accento sulla persona*: <https://www.ilmargine.it/evoluzione-in-manicomio/> (ult. cons. 21/07/2025). Cfr. E. Pascal, *Relazione tecnico-operativa*, in «Psichiatria/Informazione», IV (1982), n. 5, pp. 20-35.

² Sulla specificità dell'esperienza italiana si veda J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014. Cfr. l'antologia di scritti di F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005; F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2000 (I ed. 1984).

Per quanto riguarda l'ambiente torinese, il movimento anti-istituzionale, critico e militante, teorico e pratico, ha lontanissime origini a fine anni Cinquanta, quando prime forme di assistenza psichiatrica esterna al manicomio si diffusero in Italia in virtù del rilancio dell'«igiene mentale», disciplina preventiva aperta a diversi apporti scientifico-organizzativi che sin dagli anni Venti-Trenta implicava da un lato un'azione selettiva e anche eugenetica sulla popolazione «anormale» ma dall'altro una riforma della legge alienistica 14 febbraio 1904 n. 36 (*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*), con la creazione di una «rete assistenziale» territoriale per la cura dei «malati di mente liberi»³. Dopo la guerra mondiale i centri di igiene mentale (Cim) propugnati dalla Lega italiana per l'igiene e profilassi mentale (fondata a Bologna nel 1924) non si diffusero però omogeneamente sul territorio nazionale e spesso funzionarono soltanto per la distribuzione di farmaci e l'erogazione di sussidi economici, in stretta subordinazione – comunque – agli ospedali psichiatrici provinciali. La parziale riforma dell'ospedalità psichiatrica negoziata poi da Luigi Mariotti nel 1968 (legge 18 marzo, n. 431, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*) concesse ai Cim esistenti e a quelli che essa stessa permise di far nascere una maggiore capacità di azione ma senza creare quei raccordi tra intervento ambulatoriale territoriale e centralità ospedaliera che da inizio anni Sessanta erano invece auspicati dai fautori della psichiatria di settore (modello di territorializzazione sperimentato a partire dalla Francia).

Il primo Cim torinese fu istituito nel 1958 dall'amministrazione provinciale nella consapevolezza della scarsa capacità di una corretta e adeguata assistenza psichiatrica dimostrata dell'ente autonomo Opera pia ospedali psichiatrici di Torino, cui la gestione dei manicomi locali era tradizionalmente delegata: come altrove, la Provincia pagava le rette manicomiale sulla base della legge comunale e provinciale del 1865 e della successiva legislazione. Si partiva dal presupposto di una possibilità di guarigione dai disturbi psichici e di una diminuzione sensibile dei ricoveri in ospedale psichiatrico. Il personale era costituito da due medici, uno psicologo, otto assistenti sociali e sanitari e un direttore. L'istituzione del Cim venne approvata dal Consiglio provinciale il 13 novembre 1957, con un ordine del giorno che impegnava la Giunta a determinare le norme rivolte a disciplinare la struttura e le sue funzioni specifiche⁴.

Le finalità istituzionali del centro erano anzitutto la diagnosi precoce e cura dei disturbi della personalità e della mente; la cura dei fenomeni psicotici inizialmente non caratterizzati da pericolosità sociale o, comunque, non suscettibili di trattamento ospedaliero ai sensi della legge n. 36 del 1904; l'assistenza ai dimessi degli ospedali

³ Così l'esplicito programma della rivista «L'Igiene Mentale» (1926), che cessò dal 1948 ma riprese le pubblicazioni nel 1957. Introduttivamente, cfr. E. Benetti su <https://www.aspi.unimib.it/it/data/entita/290-l-igiene-mentale> (ult. cons. 16/07/2025).

⁴ Archivio generale della Provincia di Torino (AgPTO), *Verbalì del Consiglio provinciale*, Adunanza del 13 novembre 1957.

psichiatrici torinesi attraverso le cure specifiche e generiche, nonché le provvidenze di assistenza sociale necessarie per consolidarne e migliorarne le condizioni cliniche; la spiegazione e divulgazione, tramite corsi di istruzione psichiatrica ed assistenziale, delle norme di profilassi e di igiene sociale atte a prevenire le malattie mentali, anche ai fini della lotta contro le malattie sociali, le tossicomanie e le loro conseguenti manifestazioni morbose neuropsichiche; la raccolta ed elaborazione degli elementi statistici necessari ai fini di uno studio completo delle caratteristiche e dell'andamento delle manifestazioni morbose in esame nell'ambito provinciale torinese, nonché dei fattori endogeni ed esogeni determinanti.

La sede centrale del Cim era in via Giovanni da Verazzano, mentre vennero aperti sei dispensari periferici a Chieri, Pinerolo, Ivrea, Susa, Torre Pellice e Pont Canavese. Vi erano poi due centri di lavoro "protetto" per ex-degenti psichiatrici, insufficienti mentali leggeri e ragazzi difficili. A questi nuovi servizi, come ad altri centri d'igiene mentale italiani, vennero anche affidati i compiti di medicina scolastica, compresa l'assistenza agli alunni detti «anormali» e la loro selezione scolastica. Al centro torinese facevano inoltre capo tre reparti neuropsichiatrici presenti negli ospedali di Ivrea, Pinerolo e Chieri. L'attività di questo Cim sarebbe ufficialmente cessata soltanto nel 1980, durante la lenta applicazione della riforma psichiatrica del 1978 e della riforma sanitaria nazionale.

Frattanto, nella seconda metà degli anni Sessanta, ancora nella logica dell'istituzione manicomiale, la Giunta provinciale di Torino affidò però a tre tecnici l'incarico di redigere il progetto di ampliamento dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco (inaugurato nel 1935). Il progetto, approvato nel 1966, prevedeva la costruzione di molti edifici disposti a villaggio a sud degli edifici anteguerra per una capacità complessiva di 1300 posti letto. Erano anche previsti una palestra, un cinema-teatro, un campo da calcio, un blocco di negozi. In realtà la struttura rispecchiava le modalità costruttive su padiglioni isolati secondo la vecchia architettura manicomiale. Negli anni 1968-1974 furono edificati due lotti ma poi il progetto iniziale del costruendo nuovo manicomio finì per essere abbandonato sotto la pressione del movimento anti-istituzionale che proprio in quegli anni si andava organizzando un po' ovunque.

In un più largo quadro di denuncia dell'arcaico ordinamento assistenziale e sanitario italiano, ed entro il dibattito sulle riforme ospedaliere prospettate e infine varate dalle prime legislature di Centrosinistra, la discussione sulla sorte dei manicomi e sulle possibili alternative all'internamento andò avanti anche attraverso una serie di convegni nazionali cui parteciparono psichiatri, direttori di manicomi, amministratori locali. Possiamo ricordarli in modo sintetico, per rimarcare che a ridosso della frattura prodotta dal *Sessantotto* e dall'Autunno caldo l'adozione di una politica di territorializzazione alla francese e una strategia di modernizzazione e razionalizzazione della centralità ospedaliera costituivano in realtà l'orientamento

predominante sia tra tecnici sia tra amministratori⁵.

Al *Primo Convegno nazionale di psichiatria sociale* di Bologna, il 24 aprile 1964, si propugnò infatti apertamente la psichiatria di settore sperimentata in Francia (zonizzazione di ogni provincia in settori territoriali con popolazione non superiore ai 100.000 abitanti, équipe multiprofessionale sul territorio per la prevenzione e la cura delle malattie mentali, continuità terapeutica, unitarietà dell'atto psichiatrico preventivo, curativo e riabilitativo). Nella mozione finale del convegno si auspicò che la riforma della legislazione psichiatrica prevedesse la possibilità di attuare anche in Italia un'organizzazione a settore dell'assistenza psichiatrica, come già avveniva oltralpe a partire dal *secteur* del XIII *arrondissement* di Parigi, operante dal 1960⁶.

Al *Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici* di Varese, svoltosi il 20-21 marzo 1965, la relazione del direttore degli ospedali psichiatrici di Torino di Diego De Caro difese la loro funzione terapeutica e anche di ricerca, pur non negando validità agli ambulatori periferici⁷.

A quello nazionale del 1966 su *Le Province e i problemi dell'assistenza psichiatrica* gli amministratori provinciali, tra cui soprattutto i torinesi, auspicarono una organica riforma dell'assistenza psichiatrica richiedendo nello stesso tempo un ammodernamento degli ospedali psichiatrici esistenti e la costruzione di altri meglio distribuiti sul territorio nazionale. Riproposero inoltre l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica extraospedaliera mediante i Cim, i laboratori protetti e le case di dimissione. In definitiva, psichiatri e amministratori provinciali ribadirono che l'ospedale psichiatrico, quando riformato, razionalizzato e ammodernato, fosse comunque il mezzo più idoneo alla cura dei malati mentali e non uno strumento sostanzialmente di reclusione ed esclusione⁸.

Alla fine del 1967 il presidente dell'Opera pia ospedali psichiatrici torinesi, Mario Rubatto, inviò all'amministrazione provinciale di Torino una relazione in cui

⁵ D. Lasagno, *Oltre l'istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Torino 2012; D. Pulino, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, alphabeta Verlag, Merano 2016.

⁶ M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane*, Leonardo, Roma 1964. Cfr. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 171.

⁷ Aa.Vv., *Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici. Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici, svoltosi in Varese presso la Sede dell'Amministrazione provinciale il 20-21 marzo 1965, organizzato dall'Amministrazione provinciale di Varese d'intesa con l'Associazione medici ospedali psichiatrici italiani (Amopi)*, La tipografica Varese, Varese 1965. Cfr. D. Lasagno, *Oltre l'istituzione*, cit., p. 57.

⁸ Aa.Vv., *Le province ed i problemi dell'assistenza psichiatrica, Torino, 25-26 giugno 1966, convegno nazionale organizzato dalla Provincia di Torino con la collaborazione delle Province di Genova e Varese*, Impronta, Torino 1966.

ammetteva la cattiva condizione degli manicomi torinesi, sia quanto ai servizi sia quanto alla struttura materiale degli edifici. Nella stessa relazione Rubatto criticò la scarsa validità dell'ergoterapia, la presenza preponderante di degenti cronici senili, i grandissimi costi per il personale. Contemporaneamente invitò alla rapida realizzazione dell'ampliamento di Grugliasco al fine di trasferirvi le degenti di Torino e si dichiarò non contrario alla *provincializzazione* dell'assistenza psichiatrica.

Il 1968 segna realmente una svolta nella politica dell'assistenza psichiatrica sia per la succitata legge Mariotti n. 431, che stabilì la possibilità di ricovero volontario in ospedale, l'abolizione del casellario giudiziario per i pazienti, il ridimensionamento degli ospedali psichiatrici e la creazione di nuovi centri o servizi d'igiene mentale, sia per la generalizzazione del dibattito circa la questione manicomiale e la normalità dell'internamento da parte delle istituzioni assistenziali, strumento di emarginazione sociale.

In ottobre nel palazzo della Provincia di Torino si tenne il trentesimo congresso della Società italiana di psichiatria: subito esplose la contestazione degli studenti che denunciarono le malattie mentali quali conseguenze di una società dominata dallo sfruttamento, assieme a forti contestazioni contro i "baroni" della medicina. Gli studenti organizzarono presso la facoltà di Architettura e poi alla Clinica neurologica un convegno pubblico contro il costruendo ospedale di Grugliasco, con interventi contro gli ospedali psichiatrici (fu presente anche Pier Paolo Pasolini): «È un crimine progettare un ospedale psichiatrico?». Il convegno si spostò in seguito all'ospedale di Collegno, che poi verrà in parte occupato dagli studenti di medicina⁹.

Nelle mozioni approvate durante l'assemblea venne denunciata la politica autoritaria del direttore e del presidente degli ospedali psichiatrici della Provincia di Torino; si chiese di sospendere la costruzione del nuovo ospedale di Grugliasco e si pretese la partecipazione degli studenti di medicina, psicologia e sociologia alla vita dell'ospedale. Si propose inoltre la mobilitazione di infermieri e malati e il collegamento con le forze sociali, abbattendo le barriere che ancora ostacolavano l'inserimento in società dei malati mentali. L'occupazione di parte del manicomio di Collegno richiamò fortemente l'attenzione della stampa nazionale sulle condizioni di estremo disagio in cui si trovavano i malati nel manicomio.

Sul finire dell'anno 1968, anche quale prima conseguenza organizzativa di tutto il dibattito che si era aperto sul destino dei manicomi, la commissione provinciale di vigilanza propose l'immediato passaggio diretto all'Ente Provincia di tutti i servizi psichiatrici e quindi l'estinzione dell'Opera pia, in quanto mancante dei mezzi finanziari necessari per il miglioramento dei manicomi.

Nello stesso periodo 1968-1969 Enrico Pascal, psichiatra di impostazione fenomenologica in forza agli ospedali psichiatrici torinesi, riuscì a creare la prima

⁹ D. Lasagno, *Oltre l'istituzione*, cit., pp. 79-114.

comunità terapeutica nel reparto 12, quello degli epilettici, del manicomio di Collegno. Seguendo l'insegnamento di Basaglia, Pascal volle dare la parola ai pazienti per restituire loro salute, libertà e dignità: per fare questo fece abbattere le inferriate, abolire ogni forma di contenzione e organizzare assemblee di reparto e uscite sul territorio. Adottò il metodo fenomenologico: mettere tra parentesi giudizi e pregiudizi per cogliere l'*Altro* nella sua soggettività diversa nelle diverse persone, valorizzare i vissuti intesi come esperienze del vivere soggettivamente e coscientemente ognuno col proprio corpo, superando la scissione mente-corpo e rispettando la individuale maniera di essere-nel-mondo¹⁰.

Nonostante difficoltà e anche resistenze da parte del personale ospedaliero, Pascal non desistette continuando nel suo lavoro e soprattutto riunendo in periodiche assemblee i suoi ricoverati e anche gli operatori sanitari disponibili a un nuovo rapporto con gli ammalati. Il metodo assembleare diventava così lo strumento per una corretta presa di coscienza di ammalati e operatori sulla condizione del malato di mente, e anche strumento di lotta contro la discriminazione e i pregiudizi. Nella comunità terapeutica l'ammalato non è solo e non è ristretto da umilianti misure di sicurezza ma liberamente può anche convivere con le sue crisi di follia, supportato da tutto il gruppo comunitario di medici, infermieri e pazienti.

In una serie successiva di riunioni e assemblee di reparto svoltesi a partire dal 1968, a volte estese a tutto l'ospedale e cui parteciparono medici, pazienti e personale infermieristico, cioè in libere assemblee fra operatori e ricoverati, vennero denunciate le condizioni di semidetenzione dei ricoverati e avanzate tutta una serie di rivendicazioni che avrebbero potuto portare alla chiusura definitiva del manicomio per un diverso trattamento della malattia mentale.

Ci si pronunciò, ad esempio, contro la pratica dell'ergoterapia, considerata alla stregua del mero sfruttamento dei ricoverati, e contro i pregiudizi che ancora persistevano sulla malattia mentale. Ci furono assemblee con gli studenti, allora in contestazione anche contro il manicomio, e con i familiari dei ricoverati per favorire il rientro in famiglia. In una memorabile assemblea generale a Collegno, cui nel luglio del 1969 parteciparono ricoverati, infermieri, medici e sindacalisti, Pascal pronunciò un vibrante discorso contro il permanere dei pregiudizi attorno alla malattia mentale, come la costante e diffusa convinzione della pericolosità del malato di mente, auspicando nel contempo il metodo assembleare per una efficace presa di coscienza della propria condizione di ricoverato. Venne ribadita la necessità di un serio e continuativo lavoro sul territorio, con una équipe appositamente strutturata per tale impegno, come avveniva in Francia con l'organizzazione a settore.

In una comunicazione inviata alcuni anni dopo a un congresso tenutosi a Lovanio nel 1981, Enrico Pascal riassunse la propria esperienza rivendicando con or-

¹⁰ E. Pascal, *Follia e ricerca. Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*, Rosenberg & Selier, Torino 1991.

goglio i risultati ottenuti con l'attività della sua équipe: la forte rottura operata nei confronti dell'ospedale psichiatrico dapprima nel manicomio di Collegno e poi sul territorio comunale di Settimo Torinese. Storia di lotte, di errori, di rotture ma anche di scoperte e di innovazioni. Come a Gorizia – scrisse Pascal – vennero «eliminate le contenzioni fisiche, aperte le porte, tolte le inferriate, e soprattutto sono state indette libere assemblee per tutti gli internati del nostro reparto». La prima comunità terapeutica del reparto n. 12 di Collegno aveva significato aprire una «breccia nell'istituzione totale», anche con il contributo di forze sociali esterne come i sindacati e il movimento degli studenti. Si era però preso presto atto della contraddizione costituita dal cercare libertà all'interno di una istituzione totale; si era così deciso di uscirne, costituendo una équipe di zona a Settimo e creando di fatto, se non ancora di diritto, una reale alternativa all'internamento manicomiale¹¹.

Analoghe iniziative vennero prese anche dagli psichiatri Annibale Crosignani e Giuseppe Luciano presso l'ospedale femminile di via Giulio a Torino, con la creazione di comunità terapeutiche, nonostante una forte opposizione da parte del personale, con contestazioni e scioperi, con ispezioni ministeriali e interrogazioni parlamentari che comunque non riuscirono a fermare l'innovazione: per merito dei due psichiatri una funzionante e articolata comunità terapeutica venne creata anche nel reparto n. 5, quello dei ricoverati semi-tranquilli¹².

Il 1969 vide continuare e anche inasprirsi il dibattito sulla realtà dei manicomi e sul loro destino. Durante un'assemblea pubblica svoltasi a Collegno il 25 gennaio su sollecitazione degli studenti emerse il rifiuto quasi unanime, anche da parte di medici e infermieri, di lasciar costruire il nuovo manicomio di Grugliasco e l'opinione di intervenire piuttosto per migliorare quelli esistenti. Subito dopo il Consiglio provinciale, nella seduta del 24 febbraio, approvò una mozione e un ordine del giorno per la provincializzazione dei servizi psichiatrici e la contemporanea estinzione dell'Opera pia: si deliberò cioè

di espletare direttamente tutti i compiti che nel settore dell'assistenza psichiatrica le leggi in vigore affidano all'Amministrazione Provinciale [...] di mandare ad effetto le soluzioni, da tempo nelle previsioni del Consiglio Provinciale ed allo studio della Giunta Provinciale ed oggi auspiccate da più parti, di provincializzazione dell'Opera pia ospedali psichiatrici, promuovendone l'estinzione in rapporto alla completa cessazione del suo fine statutario¹³.

¹¹ Per i diversi documenti relativi alle iniziative, all'impegno e alle lotte di Pascal qui citati, si rimanda (salvo dove diversamente indicato) ai documenti riprodotti nell'*Archivio Enrico Pascal*, cit.: <https://www.ilmargine.it/pascal-materiali-originali/> (ult. cons. 21/07/2025).

¹² G. Luciano, *Storia di un manicomio italiano. Dallo "spedale" dei pazzereelli alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino*, FrancoAngeli, Milano 2019; In sintesi N. Ivaldi, *Manicomi torinesi. Dal '700 alla legge Basaglia*, Editrice Il Punto-Piemonte in Bancarella, Torino 2018, pp. 145-169.

¹³ AgPTO, *Verballi del Consiglio provinciale, Adunanza del 24 febbraio 1969*.

Nella stessa seduta, la Provincia istituì una commissione tecnico-amministrativa, formata da esperti nel campo psichiatrico (Edoardo Balduzzi, Marcella Balconi, Angelo Lusso), per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica: il 9 e 10 luglio questa si recò in visita al XIII *arrondissement* di Parigi.

Subito dopo la commissione pubblicò un documento ufficiale in cui prospettava l'adozione da parte della Provincia di Torino della politica di settore, suggerendo la creazione di 11 zone operative, «intese come entità a sé stanti, in grado di fornire servizi sul piano preventivo, terapeutico e di riabilitazione attraverso il lavoro continuativo di apposite équipes», e l'attivazione di ambulatori collegati a sezioni psichiatriche di 125 posti letto. Lo stesso direttore sanitario dell'ospedale psichiatrico, De Caro, inviò una sua *Proposta operativa per una prima organizzazione psichiatrica di settore*, in cui, pur accettando il principio della zonizzazione proposta dalla Commissione provinciale, si affermava però che la politica di settore non doveva confliggere con la sopravvivenza del manicomio e con i sistemi curativi tradizionali. In seguito anche i gruppi consiliari della Provincia si espressero sulle proposte della commissione tecnica, accettandone sostanzialmente le conclusioni e dichiarandosi favorevoli alla provincializzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso la politica di settore, ma con la chiusura dei manicomi torinesi o un loro radicale ridimensionamento.

Un importante convegno su psichiatria ed enti locali si tenne a Reggio Emilia il 24-25 marzo 1970: nel documento conclusivo si affermò che il problema della salute mentale avrebbe potuto essere risolto soltanto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e si ribadì il principio della deospedalizzazione dei malati psichici: fu espressa una netta opposizione alla costruzione di nuovi ospedali psichiatrici¹⁴. Sulla stessa direzione si mosse il presidente della Provincia di Torino, Elio Borgogno, che nella relazione programmatica per il quinquennio 1970-1975 propose, quanto all'assistenza psichiatrica, l'istituzione dei settori con équipes con il ridimensionamento e il successivo superamento dell'istituzione manicomiale. In effetti, con delibera dell'11 dicembre 1970, il Consiglio Provinciale determinò di attuare l'assistenza psichiatrica di zona o settore, per assicurare continuità terapeutica nei momenti della prevenzione, cura e riabilitazione nel territorio di abituale dimora dei malati. Il territorio della Provincia venne provvisoriamente suddiviso in 11 zone (di cui 6 urbane), ciascuna delle quali doveva essere dotata di servizi extraospedalieri per la cura e l'assistenza sul territorio delle persone affette da disturbi mentali, con una équipe ogni 50.000 abitanti (un medico psichiatra direttore, uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e due operatori sanitari) e un adeguato numero di centri di igiene mentale.

L'organizzazione settoriale dell'assistenza psichiatrica torinese trovò in realtà molta opposizione, specialmente da parte dell'Associazione per la lotta contro le

¹⁴ *Psichiatria ed enti locali. Atti del Convegno promosso dalla Amministrazione provinciale di Reggio Emilia, Reggio Emilia, 24 e 25 marzo 1970*, Leonardo, Roma 1970.

malattie mentali, fondata appunto a Torino alla fine del 1967¹⁵: di lì a breve gli orientamenti settoriali vennero in effetti superati e scavalcati dalla complessiva riforma sanitaria nazionale del 1978.

Comunque, nonostante incomprensioni e qualche larvata opposizione, a fine dicembre del 1970 si istituì, con l'appoggio decisivo dell'amministrazione comunale, il primo ambulatorio psichiatrico territoriale a Settimo Torinese, definito già – con eliminazione del riferimento all'*igiene* – Centro di salute mentale, aperto per 5 giorni alla settimana dalle 8 alle 20, con in organico uno psichiatra, il dottore Pascal, un'assistente sociale e cinque infermieri, volontari distaccati dall'ospedale psichiatrico. Il responsabile della struttura, sempre Pascal, spiegò successivamente il significato dell'iniziativa inserendola nel vasto e complesso movimento anti-istituzionale in atto in quegli anni:

La Comunità terapeutica sul territorio è il luogo dove le crisi di follia possono e debbono essere vissute il più liberamente possibile. È un luogo dove non si è soli o in ambiente ostile, non vi sono «misure di sicurezza», né limiti repressivi o protezioni umilianti. [...] Oggi tale Comunità terapeutica è l'unica valida alternativa alle situazioni di crisi che non possono essere gestite dove sorgono, nei vari luoghi del territorio (soprattutto in famiglia); poiché si rifiuta – manifestamente dannoso o per lo meno inutile – l'uso degli spazi protetti nei servizi psichiatrici presso gli ospedali generali e delle case di cura private, luoghi di essenziale medicalizzazione, repressivi, tendenzialmente chiusi e iperprotetti¹⁶.

A sua volta, l'assessore all'Assistenza di Settimo, Tommaso Cravero, riferendosi al Centro di salute mentale, dichiarò:

Fin ora non esisteva nessuna risposta valida ai bisogni psichiatrici della popolazione se non il ricovero in case di cura (per periodi di tempo assai limitati) per coloro che fruiscono di assistenza mutualistica, e il ricovero in ospedale psichiatrico per i meno abbienti.

L'obiettivo [...] non è solo quello di provvedere al reinserimento socio-familiare e lavorativo di pazienti ricoverati in istituti psichiatrici e nemmeno [...] quello di seguire con continuità terapeutica i dimessi [...] Si tratta di rispondere praticamente a tutti i bisogni psichiatrici che possono presentarsi nella popolazione di

¹⁵ Associazione per la lotta contro le malattie mentali-Sezione autonoma di Torino (a cura di), *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971.

¹⁶ Così le «tesi» presentate dall'Équipe di salute mentale di Settimo torinese al convegno di Lovanio del 21-25 settembre 1982, *Small Scale Strategy. Teoria e pratica dell'avanti-psichiatria*: il titolo della comunicazione era *L'équipe di salute mentale di fronte alla pazzia. Sottotitolo: la salute mentale di fronte alla pazzia dell'équipe, la salute mentale dell'équipe di fronte alla pazzia*: cfr. online tra la documentazione raccolta nell'*Archivio Enrico Pascal*, cit., come <https://www.ilmargine.it/wp-content/uploads/15-Tesi-di-Lovanio.pdf> (ult. cons. 21/07/2025).

Settimo¹⁷.

E in un successivo convegno Enrico Pascal spiegò chiaramente il significato di radicale rottura che l'iniziativa di Settimo poteva rappresentare rispetto al tradizionale sistema di assistenza medica allora operante nel Paese, quando già si andava delineando, pur attraverso lotte e contestazioni, un nuovo impianto sociosanitario nazionale:

Un gruppo di operatori (1 medico, 1 assistente sociale, 5 infermieri) rispondevano così alla chiamata del Sindaco, che a nome e in difesa dei diritti dei suoi concittadini, conferiva loro il mandato di continuare sul territorio la lotta contro il manicomio e contro la emarginazione [...] La situazione in cui si operava allora era di extra-legalità, di semi-clandestinità, perché non era stato chiaro fino a che punto gli operatori, ancor dipendenti dall'ospedale psichiatrico, fossero stati distaccati e autorizzati a operare fuori¹⁸.

L'ambulatorio psichiatrico di Settimo iniziò dunque a funzionare, cercando sempre di articolarsi quale lavoro di gruppo interdisciplinare, con diversi specialisti ma perfettamente integrati nel «collettivo curante», come quell'équipe venne in seguito definita da Pascal¹⁹. I suoi componenti – scrisse in seguito Pascal –, partecipando alla contestazione del sistema-manicomio, realizzando la comunità terapeutica, negando in qualche modo il proprio ruolo tradizionale di custodi della diversità, e avendo, viceversa,

riconosciuta la fondamentale impossibilità di curare in manicomio [...] vedono nel progetto di dimissione e nella conseguente liberazione dalla esclusione la sola misura veramente terapeutica, e nella gestione assembleare e democratica del reparto la sola possibilità di risocializzazione in vista del reinserimento²⁰.

In un convegno dell'Unione regionale delle Province piemontesi, tenuto poco dopo nel maggio 1971, su *L'assistenza psichiatrica nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale*, il professore Edoardo Balduzzi riassunse le proposte definitive della commissione della Provincia di Torino per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica, quale aspetto specialistico dell'assistenza sanitaria nazionale, non più quindi attra-

¹⁷ S. Bertotto, *La città solidale. Per una storia dei servizi sociosanitari nell'area metropolitana torinese. Settimo 1955-1999*, Carocci editore, Roma 1999, p. 129.

¹⁸ E. Pascal, *Relazione tecnico-operativa*, cit., pp. 20-21.

¹⁹ M. Crosetti, *Pascal: «Vivere insieme aiuta i malati di mente»*, in «Il Cittadino Settemese», dicembre 1981, p. 2.

²⁰ E. Pascal, *Comunità alloggio per ex-ricoverate in manicomio: dal progetto alla realizzazione nel Comune di Settimo Torinese*, in «Prospettive assistenziali», X (1978), n. 41, pp. 30-34: https://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/041/41_comunit%C3%A0_alloggio_per_ex_ricoverati.htm (ult. cons. 21/07/2025).

verso il vecchio e obsoleto manicomio, ma creando appositi reparti ospedalieri per la cura delle malattie della mente:

- suddivisione della Provincia in 11 zone, 6 per la città e 5 per il resto della provincia;
- creazione di una équipe psico-medico-sociale ogni 50 mila abitanti, e cioè 4-5 per zona: ognuna di queste circoscrizioni (corrispondenti all'incirca alle dimensioni della futura Unità Sanitaria Locale) disporrà di un ambulatorio; uno degli ambulatori di zona avrà funzioni direzionali e di coordinamento nonché di accettazione e di pronto soccorso psichiatrico, con funzionamento diurno e notturno ininterrotto, compresi i giorni festivi;
- istituzione in ogni zona di strutture intermedie di cui per il momento si indica come indispensabile la creazione di foyers o comunità-alloggio, destinate al reinserimento dei pazienti sprovvisti di validi legami familiari e sociali. Successive indicazioni o necessità consiglieranno l'installazione di altre strutture come: laboratori protetti, ospedali diurni e notturni ed altre strutture para-ospedaliere;
- definizione di un reparto ospedaliero la cui capienza, tenuto conto dell'attività esplicata dalle équipes esterne, dovrà comportare all'incirca un posto letto ogni 2.000 abitanti²¹.

Enrico Pascal ha scritto parole illuminanti sul lavoro pionieristico dell'équipe torinese, esperienza molto importante nella più larga storia della deistituzionalizzazione psichiatrica:

Le motivazioni che hanno portato il gruppo operativo a farsi carico di un gruppo di «utenti» da molti anni radicato dalla zona di provenienza, sono da ricercarsi innanzi tutto nella storia dell'équipe.

Infatti i suoi componenti si sono formati nel clima della contestazione manicomiale del '68-'69 e nel lavoro di comunità terapeutica. Partendo dalla negazione del loro ruolo tradizionale, riconosciuta la fondamentale impossibilità di curare in manicomio, essi vedono nel progetto di dimissione e nella conseguente liberazione dalla esclusione la sola misura veramente terapeutica, e nella gestione assembleare e democratica del reparto la sola possibilità di risocializzazione in vista del reinserimento²².

²¹ E. Balduzzi, *Relazione*, in Unione regionale Province piemontesi, *L'assistenza psichiatrica nel quadro del servizio sanitario nazionale. Atti del Convegno* di Torino, 29-30 maggio 1971, Tipografia Stigra, Torino 1971, pp. 21-40, p. 34.

²² E. Pascal, *Comunità alloggio per ex-ricoverate in manicomio*, cit., p. 30.

«Sud, manicomio e 180»¹. Il dibattito sull'attuazione della riforma psichiatrica negli anni Ottanta

Manoela Patti

Anche se frutto di una lotta, una legge può essere solo il risultato della razionalizzazione di una rivolta, ma può anche riuscire a diffondere il messaggio di una pratica rendendolo patrimonio collettivo. Anche se frutto di una lotta, una legge può provocare un appiattimento del livello raggiunto dalle esperienze esemplari, ma può anche diffondere e omogeneizzare un discorso creando le basi comuni per un'azione successiva².

1. Una rivolta, una pratica, una legge

La legge 180, che il 13 maggio del 1978 abolì in Italia gli ospedali psichiatrici, è uno degli snodi cruciali della storia della psichiatria ma anche della democratizzazione dell'Italia repubblicana, che si realizzò attraverso il ciclo di riforme attuate negli anni Settanta. Dopo il 1978, la fase di attuazione della riforma psichiatrica fu complessa e animata da un articolato dibattito che non si concentrò soltanto sul problema della costruzione dei nuovi servizi di salute mentale ma continuò a mettere radicalmente in discussione la relazione tra psichiatria e società, tra psichiatria e istituzione³. Nelle pagine che seguono cercherò di ricostruire il primo periodo di

¹ P. Adamo, *Sud, manicomio e 180*, in «Il Pisani. Giornale di patologia nervosa e mentale», C (1980), n. 1-3, pp. 335-344.

² F. Basaglia, *Prefazione*, in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, a cura di Ernesto Venturini, Einaudi, Torino 1979, pp. VII-XX, p. IX.

³ La letteratura sul tema della riforma psichiatrica e, soprattutto, sulla figura di Franco Basaglia è sterminata e spazia tra vari ambiti disciplinari. Dal punto di vista storiografico lo studio dell'applicazione della riforma è stato sinora abbastanza trascurato. A testimonianza della risonanza internazionale, dell'ampiezza e della continuità del dibattito sulla rilevanza politica e intellettuale del movimento italiano cito alcuni lavori pubblicati negli ultimi quarant'anni: A.M. Lovell, N. Scheper-Hughes, *The Utopia of Reality: Franco Basaglia and the Practice of a Democratic Psychiatry*, in A.M. Lovell, N. Scheper-Hughes (edited by), *Psychiatry Inside Out. Selected Writings of Franco Basaglia*, Columbia University Press, New York 1987, pp. 1-53; V. Fiorino (a cura di), *Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia (1953-1980)*, ETS, Pisa 1994; V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014 (la

attuazione della riforma, tra il 1978 e la prima metà degli anni Ottanta, focalizzandosi sul caso del Meridione d'Italia, dove la costruzione dei servizi nel territorio fu lenta e difficile.

In questo contesto, mi sembra si siano strettamente intersecati tra loro tre aspetti in particolare: la riflessione interna al movimento di Psichiatria democratica (Pd) intorno al problema dell'attuazione della legge 180; il rapporto tra il movimento per la deistituzionalizzazione – già protagonista delle lotte per la chiusura dei manicomi a partire dagli anni Sessanta – e le istituzioni; il ruolo dei movimenti per l'applicazione della legge nel rilanciare le istanze della psichiatria alternativa negli anni Ottanta.

In ambito storiografico il processo che portò le istanze radicali del movimento anti-istituzionale allo sbocco di una legge dello Stato e il modo in cui le lotte contro il manicomio si inserirono nella più ampia stagione dei movimenti⁴ sono contesti ancora non molto esplorati. Così come sono ancora da indagare in profondità sia gli anni successivi alla riforma, quando si costruì la nuova psichiatria nei territori, sia le trasformazioni sociali, politiche e culturali che ne sono derivate. Peraltro, solo negli ultimi anni cominciano a essere ricostruiti i percorsi delle riforme che sul finire degli anni Settanta rivoluzionarono la società italiana: penso, per esempio, alla legge sull'aborto, la legge 194 del 1978⁵. Analogamente, la legge 180 e la legge 833 che istituì il Sistema sanitario nazionale furono frutto della feconda dialettica fra forze sociali, movimenti e forze politiche che aveva caratterizzato il ventennio precedente, specie dal 1968⁶: gli anni Settanta in particolare furono contraddistinti da un «grande moto verso sinistra della pubblica opinione»⁷. La lotta contro il manicomio fu anche il risultato dell'intreccio tra un incredibile sforzo di rielaborazione teorica e di ripensamento del proprio «mandato sociale» da parte di un ampio gruppo di professionisti-intellettuali – psichiatri, medici, giuristi – e di un'articolata e composita

prima edizione in inglese è dell'anno successivo: J. Foot, *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*, Verso Books, London 2015); T. Burns, J. Foot (edited by), *Basaglia's International Legacy: From Asylum to Community*, Oxford University Press, Oxford 2020. Incentrato sulla figura di Franca Ongaro: A. Valeriano, *Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia*, Donzelli, Roma 2022; M. Setaro, *Franco Basaglia: uno, nessuno, centomila. Introduzione*, in F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli, Roma 2024, pp. 3-53.

⁴ M. Tolomelli, *L'Italia dei movimenti. Politica e società nella Prima repubblica*, Carocci, Roma 2015.

⁵ F. Balestracci, C. Papa (a cura di), *L'Italia degli anni Settanta. Narrazioni e interpretazioni a confronto*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2019; A. Gissi, P. Stelliferi, *L'aborto. Una storia*, Carocci, Roma 2023.

⁶ C. Giorgi, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Roma 2024; F. Rufo (a cura di), *La salute è un diritto. Giovanni Berlinguer e le riforme del 1978*, Ediesse/Futura, Roma 2020; P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2019.

⁷ S. Lupo, *Partito e antipartito. Una storia politica della prima Repubblica (1946-78)*, Donzelli, Roma 2004, p. 6.

mobilitazione nazionale. Una rivoluzione che produsse una legge unica al mondo⁸.

La legge 180 vide però la sua fase di attuazione negli anni Ottanta, in un quadro politico e sociale molto diverso da quello che aveva generato il movimento che l'aveva sostenuta. Nondimeno, forse con ancora più forza che in passato, negli anni Ottanta emersero il carattere politico della questione psichiatrica e la centralità della tensione etica che aveva animato il movimento anti-istituzionale guidato da Franco Basaglia.

L'attuazione della riforma, infatti, chiamava di nuovo in causa la Costituzione e i diritti, l'aspirazione alla realizzazione di una società democratica. Ma quanto sappiamo dell'emergere *poi*, sia tra gli "addetti ai lavori" sia nella società, di una cultura della riforma? E questa, in effetti, che rilevanza ha avuto? E ancora, da un altro versante, come si è strutturato il movimento intorno al problema dell'attuazione, essendo per sua natura non organizzato? Che tipo di attori politici sono stati e volevano essere i protagonisti delle lotte anti-istituzionali? Quanto l'eredità della grande mobilitazione precedente alla 180 riuscì a dare forma all'attuazione della legge? Domande simili sono state forse poste a proposito del processo che ha condotto all'istituzione del Sistema sanitario nazionale. Una nuova stagione di studi ha iniziato a ricostruirne il percorso, mentre sappiamo molto meno della riforma psichiatrica. In entrambi i casi, mi sembra cruciale anche il loro collegarsi, tra l'altro, al mondo del lavoro, dell'ambiente e il contributo alla profonda ridefinizione dei concetti di "salute" e "malattia", di "cura" e "prevenzione".

2. *Funamboli*

L'attuazione della legge 180 implicò radicali «trasformazioni, non semplici cambiamenti sia nelle organizzazioni che nei rapporti di potere, oltre che nelle culture»⁹. Eppure, trascorsi più di quarant'anni dalla riforma psichiatrica, come si è detto, non sembra sia stata ancora elaborata una riflessione organica sulla fase di deistituzionalizzazione seguita alla sua approvazione, punto d'arrivo di un ciclo di lotte unico per l'ampiezza, l'intensità e la ricchezza dell'elaborazione intellettuale. Pertanto, come ha osservato Maria Grazia Giannichedda, per comprendere la portata del processo innescato dalla rivoluzione basagliana è importante cominciare a volgere lo sguardo al ventennio cruciale del *farsi* della riforma nel territorio, tra il 1978 e i primi anni 2000, quando i manicomi vennero definitivamente chiusi¹⁰. L'intensità della rivoluzione culturale e sociale iniziata a Gorizia ha infatti messo in secondo piano la cesura della riforma, «uno strappo vertiginoso» che ha segnato l'inizio di una fase

⁸ M.G. Giannichedda, *Ripensando gli anni dimenticati in cui si è fatta la «180»*, in T. Losavio, *Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma*, ETS, Pisa 2021, pp. 121-128, p. 121.

⁹ *Ivi*, p. 127.

¹⁰ *Ivi*, p. 121.

nuova fatta «di luci e ombre»¹¹. Subito dopo il 1978, fu lo stesso Franco Basaglia a riflettere sul disorientamento che accompagnava questa nuova fase: nel 1979 a un giornalista aveva risposto di sentirsi «Come un funambolo. [...] Prima senza rete e con un rischio enorme. Adesso c'è la legge. Il rischio è diminuito. Ma la prova può fallire ugualmente»¹². E la complessità del post-riforma ci aiuta forse a comprendere anche il ciclico riproporsi di attacchi, ancora ideologici, alla legge 180, presto diventata un «facilissimo capro espiatorio da dare in pasto a chiunque si lamenti della sua cattiva applicazione»¹³.

Anche nel Mezzogiorno, dove le esperienze di deistituzionalizzazione erano state poco diffuse e molto contrastate, fu l'approvazione della riforma a segnare uno snodo fondamentale. La riflessione sul Meridione si sviluppò, specialmente grazie al contributo di Sergio Piro, mentre nei primi anni Ottanta si apriva un ampio confronto sui risultati di un decennio di lotte. L'Italia si presentava come un mosaico di esperienze più o meno radicali e, alla metà degli anni Settanta, accomunate dall'obiettivo di superare la disumanizzante condizione manicomiale. Dopo il 1978 operatori e attivisti si posero nuove domande sulla costruzione dei servizi, sulla necessità di una ulteriore elaborazione teorica davanti alla sfida aperta dalla nuova psichiatria e da una legge la cui attuazione, in quanto legge quadro, era stata demandata alle singole Regioni. Il post-riforma coincideva infatti con il regionalismo, mentre si concretizzava il decentramento amministrativo previsto dalla Costituzione. La costruzione delle Unità sanitarie locali, all'interno delle quali si sarebbero creati i servizi territoriali per la salute mentale, fu la prima conseguenza di questo processo.

Su luci e ombre della riforma il movimento della psichiatria radicale si interrogò immediatamente: la legge doveva «essere applicata, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale, perché una legge dello Stato non può avere applicazioni elitarie», come nel 1979 aveva già chiarito Basaglia dopo aver accettato di dirigere i servizi di salute mentale del Lazio. Incarico dall'alta valenza simbolica, a garanzia dell'impegno nell'attuazione della riforma dal «centro»: all'epoca in quella regione erano presenti sei ex manicomi e diciotto cliniche private, in cui erano internati circa cinquemila degenti; Losavio ha descritto una situazione delle istituzioni psichiatriche «disastrosa». Il commento di Basaglia si inseriva all'interno di un fitto dibattito¹⁴: dal 1978 Pd aveva promosso ricerche, convegni, occasioni di confronto

¹¹ P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180*, cit.

¹² *Quella fortezza chiamata manicomio*, in «L'Unità», 28 agosto 1979, p. 3.

¹³ V. Roghi, *Famiglie contro Legge 180: una bufala che compie 40 anni*, in «minima et moralia», 4 luglio 2018: <https://minimaetmoralia.it/politica/famiglie-legge-180-bufala-compie-40-anni/> (ult. cons. 15/07/2025).

¹⁴ Cfr. per esempio, oltre a E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, cit., G.F. Goldwurm, *Psichiatria e riforma sanitaria*, Teti editore, Milano 1979, o D. De Salvia, P. Crepet (a cura di), *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*, Feltrinelli, Milano 1982.

sul tema, incontri con gli amministratori locali e indagini territoriali. «Fogli di informazione» ospitò contributi e discussioni sulle diverse questioni aperte: dall'emergere di una nuova domanda psichiatrica all'inserimento delle problematiche connesse alle tossicodipendenze nel circuito della salute mentale; dal rapporto tra psichiatria alternativa e psicoanalisi alla dimensione del disagio mentale correlata al lavoro; dal rapporto tra movimento femminista e movimento anti-istituzionale, alla questione della formazione degli operatori.

In questo quadro molto animato, il problema della riforma psichiatrica nel Mezzogiorno venne discusso soprattutto nell'ambito di convegni, in parte organizzati al Sud dalle sezioni locali di Pd. Tra gli incontri, il primo a fare il punto fu *Psichiatria e buon governo*, il congresso di Pd tenutosi ad Arezzo tra il 28 ottobre e il 4 novembre 1979 e coordinato da Raffaello Misiti, dove la discussione prese le mosse dall'analisi dei risultati di una ricerca sull'attuazione della riforma condotta dal Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) nel 1978-79. L'inchiesta fu pubblicata nel 1981 con il titolo *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*¹⁵. Nell'ambito di questa indagine relativa al quadro nazionale, parte della discussione di Arezzo riguardò in maniera specifica il Sud, che fu poi il tema del convegno dell'Unione Province italiane (Upi) organizzato il 21 marzo del 1980 a Maratea e di un altro convegno voluto dai gruppi regionali di Pd il 12 ottobre dello stesso anno a Salerno. Intanto la ricerca del Cnr proseguì con approfondimenti regionali: per il Sud continentale il lavoro venne coordinato da Sergio Piro e Antonio Oddati; fu pubblicato nel 1983 col titolo *La riforma psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia*¹⁶.

Nella scelta di affrontare l'argomento a partire dai dati raccolti dal Cnr e dal confronto con gli amministratori locali, invitati a partecipare agli incontri e sollecitati a farsi interpreti della legge supportando la costruzione dei servizi extraospedalieri, piuttosto che investendo risorse nella sopravvivenza del manicomio, si confermava quella capacità di intrecciare le pratiche con la dimensione politica, mantenendo come riferimento essenziale la centralità dell'esperienza umana – la questione del destino dei pazienti rimase infatti sempre primaria –, che era stata la cifra del movimento anti-istituzionale.

I dati del Cnr fotografavano le trasformazioni in atto e i ritardi, i buchi nella rete dell'assistenza, la «rocciosità» – per usare un termine caro a Sergio Piro – dell'istituzione e il nuovo che prendeva forma. Su questi presupposti si costruiva la domanda politica, da presentare con perentorietà agli amministratori e alla comunità. In molte

¹⁵ R. Misiti *et alii*, *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1981 (la ricerca promossa dal Cnr era parte del *Progetto finalizzato medicina preventiva*, sottoprogetto *Prevenzione delle malattie mentali*).

¹⁶ S. Piro, A. Oddati (a cura di), *La Riforma Psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia (Studio sull'attuazione della legge n.180 del 13 maggio 1978 in sei province dell'Italia meridionale peninsulare)*, CNR-Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.

regioni gli operatori di Pd si inserirono nelle commissioni di progettazione dei nuovi servizi ma lavorarono anche per l'istituzione delle prime cooperative per i pazienti dimessi, o si opposero alla dimissione dei pazienti "senza rete". Dati e ricerche, in definitiva, furono utili anche a rendere più efficace la mobilitazione e a orientare la linea di Pd con l'obiettivo della (ri)costruzione del nesso psichiatria-società. È il caso dell'analisi della situazione di Palermo, presentata ad Arezzo e poi pubblicata nel primo volume della ricerca già citata¹⁷. Seguiamo dunque per un momento la storia del più grande manicomio siciliano (oltre duemilacinquecento degenti a metà degli anni Settanta), il Pietro Pisani di Palermo¹⁸.

Qui il primo atto della riforma fu l'istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) all'interno degli ospedali, come del resto avvenne a livello nazionale, ma l'applicazione della 180 nel capoluogo siciliano fu stentata. In particolare, si strutturò un nuovo circuito domanda-offerta dei servizi per la salute mentale, che rifletteva un quadro caotico e molto distante dallo spirito della riforma: dimissioni in massa di lungo degenti e una crescita vertiginosa dei ricoveri volontari negli Spdc. Premessa a quello sballottamento dei pazienti e spezzettamento dell'assistenza che negli anni Ottanta avrebbe drammaticamente trasformato le vite di famiglie e pazienti. Inoltre, secondo la ricerca a Palermo si era rapidamente affermata la tendenza «a delegare al servizio psichiatrico ogni tipo di problema insorto nell'ambito sociale»¹⁹. Non a caso erano sempre più giovani coloro che decidevano di rivolgersi ai nuovi servizi, anche se non ben definiti.

Le trasformazioni che stavano attraversando la società a cavallo degli anni Ottanta e l'incapacità delle istituzioni di farsene carico emergevano nel disagio diffuso dei nuovi utenti, spesso studenti fuori sede, disoccupati, casalinghe. Ovvero, i nuovi marginali di una città contemporanea. Con la fine del manicomio – o perlomeno con il blocco dei nuovi ricoveri, perché l'effettiva chiusura del manicomio sarebbe arrivata solo alle soglie del XXI secolo, con la scomparsa degli ultimi ricoverati – la propria sofferenza era diventava infatti, finalmente, "dicibile". E, però, si constataba l'impossibilità, ancora una volta, di rinviarne la cura anche alla società. In mancanza di strutture nel territorio, spazi della comunità, case-famiglia, si finiva

¹⁷ A. Cascio *et alii*, *Note sul circuito psichiatrico e assistenziale nella provincia di Palermo a un anno dalla riforma*, in R. Misiti *et alii*, *La riforma psichiatrica*, cit., pp. 97-106. Si vedano anche A. Cascio *et alii*, *I nuovi servizi psichiatrici in provincia di Palermo: le caratteristiche della nuova utenza*, in «Il Pisani. Giornale di patologia nervosa e mentale» C (1980), n. 1-3, pp. 121-138.

¹⁸ Mi permetto di rinviare a M. Patti, *La deistituzionalizzazione nel Mezzogiorno. Lotte antistituzionali e rinnovamento psichiatrico a Palermo e Reggio Calabria tra anni Sessanta e Settanta*, in «Meridiana», 102 (2021), pp. 171-194.

¹⁹ A. Cascio *et alii*, *Note sul circuito psichiatrico*, cit. Più in generale, sull'importanza dell'epidemiologia per rivelare e sovvertire il nesso malattia-società, si vedano le riflessioni di G. Maccacaro, *Appunti per una ricerca su: epidemiologia della istituzione psichiatrica come malattia sociale*, in «Fogli di informazione», VII (1978), n. 50, pp. 306-309 (fascicolo dedicato a *Psichiatria e ricerca scientifica*).

per riprodurre l'istituzionalizzazione nei "repartini" che stavano prendendo forma nei nuovi Spdc²⁰.

Tuttavia, va sottolineato un passaggio altrettanto importante, indicativo a mio parere del graduale spostamento dallo stigma della follia al problema della salute mentale. Se certamente il percorso era ancora tutto da costruire, stava però cambiando – come accennato – anche la nuova utenza, sempre più proveniente dall'area urbana. Come mostrava uno studio condotto dallo psichiatra Vito Petruzzellis e dall'epidemiologo Filippo Pinzone, erano aumentati soprattutto i ricoverati con istruzione superiore; e si registrava una forte incidenza della fascia d'età 20-29 e dei ricoveri delle donne sposate, soprattutto tra i 20 e 29 anni²¹.

Per contrastare un primo assetto dai caratteri contro-riformistici, che alle domande nuove trovava una risposta nella neo-manicomializzazione, si rimisero in moto risorse "dal basso" e "da dentro" l'istituzione. Nei primi anni Ottanta si riaggregò infatti un fronte composito, si organizzarono assemblee cittadine e occupazioni; gli operatori di Pd, volontari e alcune associazioni di familiari denunciarono con esposti, sulla stampa, le responsabilità del governo regionale. Nel 1980 nasceva il *Comitato di Iniziativa e Partecipazione* e nel 1981 la *Cooperativa Solidarietà*, sul modello della *Cooperativa Tempi Nuovi* fondata subito dopo la riforma a Siracusa. Furono le prime cooperative siciliane di lavoro che, mettendo insieme ricoverati e dimessi, provarono a fare la 180 anche nel Meridione. Sennonché, il nuovo ciclo di lotte non poteva ignorare la questione dell'imprescindibilità dell'azione delle istituzioni locali per rendere possibile il superamento del manicomio. Su questo Pd e alcuni amministratori insistettero a lungo negli anni Ottanta. L'obiettivo era ambizioso: bisognava trasformare la società. L'intervento si sarebbe dovuto orientare, dunque, sui molteplici fronti in cui si dispiegava la vita di ogni individuo, dall'ambiente familiare a quello lavorativo, ricollocando le problematiche psicologiche del paziente anche nello specifico contesto socio-assistenziale in cui queste dovevano essere prese in carico. In qualche modo il concetto di Unità sanitaria locale si sarebbe ispirato anche a questa idea di un nesso inscindibile fra salute e territorio – emerso come cruciale anche nel dibattito aperto da Medicina democratica negli anni Settanta –, guardando alla prevalenza dell'intervento di prevenzione. Si era affermato un concetto integrato di salute psico-fisica, insieme al principio che la salute fosse un diritto.

²⁰ A proposito della nuova fascia di utenza va rilevato come a Palermo, subito dopo la 180, i nuovi ricoveri nei servizi fossero aumentati del 62% rispetto a un corrispondente lasso di tempo in ospedale psichiatrico: cfr. V. Petruzzellis, F. Pinzone, *I nuovi servizi psichiatrici tra controllo manicomiale e nuova cronicità nel territorio. Il caso di Palermo*, in *Psichiatria senza manicomio*, cit., pp. 346-359.

²¹ *Ibidem*.

3. Psichiatria e buon governo

Nel 1979, l'analisi del movimento di psichiatria alternativa muoveva inoltre dalla frammentarietà delle lotte, cornice all'interno della quale leggeva la questione del rinnovamento psichiatrico al Sud anche prima del 1978. In tutto il paese esistevano aree la cui «arretratezza» si rispecchiava nel manicomio: bisognava quindi – considerava Paolo Tranchina già nel 1973 – «fare giustizia di certe opinioni che denunciano esclusivamente le situazioni arretrate del Sud, come se al Nord le cose andassero meglio»; il problema, piuttosto, era costituito dal manicomio in quanto «momento finale di raccolta e di segregazione di tutte le esclusioni che avvengono nel sociale»²². Questa linea fu prevalente prima e dopo la legge 180 nel ragionamento sulla difficoltà dello scioglimento del nodo asilare in contesti dallo sviluppo peculiare. Il Mezzogiorno tra questi. Dopo il 1978 il dibattito si caratterizzò, però, per una più spiccata attenzione all'elemento politico-amministrativo, pur restando costante la tensione verso l'elaborazione teorica.

In particolare, la realtà dei territori si era rivelata complessa, specie dove, come quasi ovunque nel Sud, era mancata la «contestualità» della lotta anti-istituzionale e della realizzazione di un circuito della cura e dell'assistenza fuori dal manicomio. Il nodo del manicomio ritornava quindi a essere cruciale anche quando se ne prospettavano il rifiuto e la chiusura. Tanto più che nell'incepparsi del meccanismo rischiavano di rimanere stritolati i pazienti, branditi dagli oppositori della riforma come armi da usare per ricostruire consenso intorno al manicomio e dimostrare che fuori dagli ospedali psichiatrici non c'era posto per la follia. E, soprattutto, per mantenere inalterato il grumo di potere e interessi privatistico-clientelari che sorreggeva il sistema psichiatrico. Il problema delle dimissioni andava piuttosto affrontato applicando la legge e richiamando le amministrazioni locali, le Regioni, alle proprie responsabilità. La questione della psichiatria e [del] *buon governo* era insomma, secondo Pd, una delle chiavi di volta per attuare la riforma, insieme naturalmente alla condivisione di una «nuova» cultura psichiatrica consapevolmente contraria alla cultura manicomiale, da costruire con coloro che nei servizi avevano lavorato e continuavano a lavorare, infermieri e operatori *in primis*.

I problemi che esplodono nel 1978 sono quindi molteplici, strettamente intrecciati tra loro, laddove l'imbricazione della questione psichiatrica con la società rimane il perno della questione. Del resto, quello perseguito è – come visto – un vero e proprio «progetto politico di trasformazione sociale», un rinnovamento radicale che – scrisse Ernesto Venturini nel 1979 – «ha finito per debordare dal suo contesto tecnico per essere assunto invece come lotta politica»²³.

²² P. Tranchina, *I manicomi del Sud non hanno nulla da invidiare a quelli del Nord*, in «Fogli di informazione», II (1973), n. 7, p. 254.

²³ E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, cit., p. 8.

Sennonché, la legge 180 aveva sancito una svolta, preparata da una mobilitazione collettiva che ritornava a essere una risorsa dopo il 1978, anche in una fase in cui stavano cambiando radicalmente i modi della partecipazione politica e cresceva la spinta antiburocratica e antidelega, mentre a livello locale associazionismo e volontarismo si strutturavano sempre più come gli spazi della politica “dal basso”. Furono proprio i movimenti nati intorno agli ex ospedali psichiatrici per applicare la 180 a organizzare le prime cooperative di lavoro di pazienti, ad aprire case-famiglia, a denunciare l'apparente indistruttibilità del manicomio. Al Sud la percezione della possibilità di una trasformazione epocale era stata chiara. Da un lato – come si è detto – il risultato fu una reazione quasi di rappresaglia da parte degli psichiatri contrari alla legge: “fuori i matti” per convincere dell’indispensabilità del manicomio. Dall’altro un nuovo slancio all’attuazione ed elaborazione di pratiche alternative. Non a caso, a proposito della «difficile via delle riforme al Sud», nel 1983 Sergio Piro osservava che, nonostante «contraddizioni implicite, tattiche sotterranee, ostacoli di vario genere e palesi collusioni anche all’interno delle forze, dei movimenti e delle amministrazioni che avrebbero dovuto sostenere l’anticipazione e poi la realizzazione della riforma», le trasformazioni stavano assumendo «anche nel Sud» il «carattere della irreversibilità»²⁴.

Si guardò quindi a una “questione psichiatrica meridionale”, anziché adottare uno sguardo “meridionalista”; vi fu una puntuale messa a fuoco della contraddittoria coesistenza in molte aree del Sud – più di quanto avvenisse nel resto del paese ma non certo in maniera esclusiva – di spinte modernizzatrici e conservatorismo. Quest’ultimo opportunamente individuato nel complicato intreccio fra ideologia manicomialista e difesa di interessi privatistici: quella «microfisica del potere» stigmatizzata da Piro, uno dei più raffinati protagonisti del rinnovamento psichiatrico in Italia. La linea del gruppo di Pd fu quella di riconoscere il carattere frammentato del movimento; le nuove opportunità offerte dalla riforma dovevano perciò costruirsi con più convinzione nelle istituzioni, in un’organizzazione dei servizi territoriali capace di superare la presenza di «più “meridioni” nel Meridione che non nel Settentrione»²⁵, individuando le «specifiche forme e modi di funzionamento del potere al Sud»²⁶, evidenti nella coesistenza di carenza e pletoricità dei servizi. Ma il problema fondamentale era individuato, vale la pena di ribadirlo, nella mancata “contestualità”: dove non si era riusciti a distruggere il manicomio *prima* del 1978 la questione era molto complicata²⁷. E la soluzione non poteva in alcun modo essere “burocratica”:

²⁴ Così, anticipando una «storia molto sintetica dei percorsi “alternativi” dal 1967 al 1982», oggetto di altro suo saggio, S. Piro in *La Riforma Psichiatrica del 1978 e il Meridione*, cit., p. 287, n. 79.

²⁵ *Ivi*, p. 8.

²⁶ *Ivi*, p. 46.

²⁷ Cfr. P. Alison, A. Oddati, *Meridione e legge 180. Il processo riformatore, la durezza del manicomio, la psichiatria «sommersa»*, in «Fogli di informazione», IX (1980), n. 70, pp. 327-338.

avrebbe prodotto, come in effetti produsse, una grande speculazione sulla salute mentale attraverso il ricorso a strutture private e una sfiducia generalizzata nella riforma.

Ma quali erano i numeri del circuito della salute mentale nel Meridione dopo il 1978? La ricerca del Cnr sottolineava opportunamente come la legge avesse ovunque «stimolato [...] la trasformazione dei settori sanitario e assistenziale» e aperto «in modo evolutivo problemi di ridefinizione giuridica». In effetti, la 180 rappresentò l'inizio di un processo di liberazione per migliaia di pazienti e per i territori che non avevano sperimentato le lotte anti-istituzionali. La riforma aveva inoltre determinato un graduale processo di dimissione dei pazienti (secondo il Cnr nel primo anno della legge si registrava una media nazionale del 17% circa di pazienti dimessi)²⁸, già avviato a metà degli anni Settanta anche negli ospedali psichiatrici dove la deistituzionalizzazione era stata più controversa, come a Palermo. Erano diminuiti drasticamente i ricoveri coatti, anche in conseguenza della nuova disciplina del trattamento sanitario obbligatorio, ora disposto dal sindaco dietro parere del medico, ed erano cresciuti i ricoveri volontari. La legge prevedeva, seppure con temporanee deroghe soprattutto al Sud, il divieto di primo ricovero nelle strutture manicomiali. D'altro canto, nei territori più carenti di strutture extra-ospedaliere il Tso divenne il riflesso delle distorsioni della 180 e rappresentò spesso il nuovo strumento di inserimento del paziente nel circuito neo-manicomiale. Tuttavia, fu anche utilizzato per ottenere il ricovero dei pazienti più sofferenti laddove l'offerta di spazi adeguati si era incredibilmente ristretta in assenza di alternative istituzionali.

Nel Meridione tenere fede allo spirito della riforma si mostrò presto arduo. I contributi pubblicati nel fascicolo che nel 1980 «Il Pisani» dedicò al tema fotografano le difficoltà nella riorganizzazione dei servizi di salute mentale subito dopo la 180: nel 1979 in Puglia, ad esempio, i servizi extraospedalieri erano quasi inesistenti, mentre erano stati attivati solo il 40% dei posti letto annunciati per i neo-istituiti Spdc. In Sicilia era presente ancora solo il 45% dei posti letto annunciati, 212 su 440, e due province erano del tutto sprovviste di servizi psichiatrici²⁹. Intanto, proliferavano cliniche e strutture private, prontamente organizzatesi per ospitare i degenti «restituiti» al territorio. In questo quadro, la possibilità di rivoluzionare *effettivamente* il concetto di salute mentale non poteva fare a meno di considerare ancora centrale la lotta al manicomio, laddove però il manicomio rappresentava spesso ancora, se non l'unica, almeno la principale risorsa occupazionale fondamentale per i territori meridionali³⁰. Di qui le resistenze di quasi tutte le forze politiche, almeno fino al 1978, al

²⁸ Cfr., sempre, R. Misiti *et alii*, *La riforma psichiatrica*, cit. e S. Piro, A. Oddati (a cura di), *La Riforma Psichiatrica del 1978 e il Meridione*, cit.

²⁹ B. Commodari, *L'assistenza psichiatrica nell'Italia Meridionale nel quadro della legge di riforma sanitaria*, in «Il Pisani Giornale di patologia nervosa e mentale», C (1980), n. 1-3, pp. 225-235, pp. 227-229.

³⁰ P. Alison, A. Oddati, *Meridione e legge 180*, cit., p. 327.

blocco della costruzione di nuovi ospedali psichiatrici: era difficile convincere che l'equazione ospedale = sviluppo fosse sbagliata.

Da un'altra prospettiva, parte della psichiatria radicale si chiedeva «come evitare il rischio che [il] collegamento tra medicina e psichiatria possa favorire un'ulteriore medicalizzazione della psichiatria?». Come evitare il rischio di esportare nel territorio «la logica istituzionale»? La 180 dunque poneva con forza «l'esigenza di un approfondimento teorico e di un rinnovamento di concetti e di cultura»³¹. A partire da queste sollecitazioni, a Bari al congresso di Pd del maggio 1981, Piro espone in un lungo intervento le ragioni di un ripensarsi per rilanciare – essendo in atto nel paese trasformazioni tanto del quadro politico quanto delle forme dell'agire politico – la tensione etico-politica che aveva animato il movimento anti-istituzionale nella sua fase di lotta al manicomio. Lo psichiatra non esitava a parlare di una «crisi di identità» di Pd, insieme rivelata e sollecitata dal Meridione, con il suo manicomio «roccioso residuo sufficientemente fortificato e difeso»³², emblema di quei «grovigli politici, amministrativi ed occupazionali» che una cultura psichiatrica capace di raccogliere la sfida della 180 avrebbe dovuto affrontare per mantenere la promessa della propria politicità: la nuova pratica deve essere pratica della complessità, sosteneva Piro, per non trasformarsi in un «tecnicismo ideologizzante». Un'identità che, senza abbandonare l'«obiettivo storico» della lotta al manicomio «pubblico, privato e giudiziario», doveva essere rinnovata attraverso il lavoro territoriale, superando il livello della pianificazione tecnica e aprendo «un nuovo discorso sulla salute e sulla gioia».

Non perdere di vista la politicità del concetto di malattia mi sembra il punto chiave della riflessione di Piro sulla nuova fase di intervento aperta dalla 180, per lo psichiatra campano radicale tanto quanto la fase che definì della «psichiatria alternativa storica». Il manicomio meridionale poteva rappresentare in questo senso uno stimolo al rinnovamento: Piro ne sottolineava con forza la non specificità, insistendo opportunamente sulla peculiarità dei contesti politici – meridionali e non – entro cui mettere in pratica quella trasformazione della società che rimaneva l'obiettivo del movimento di Psichiatria democratica: «chiedersi se vi sia una specifica diversità dei manicomi meridionali [...] – considerava – è questione altrettanto inutile e nominalistica quanto chiedersi se gli uomini del Sud siano diversi o simili agli uomini

³¹ L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 11-33, pp. 26-27. A proposito della questione della necessità di un «approfondimento teorico dei numerosissimi temi emersi dalla pratica alternativa» si veda nello stesso volume l'intervento di Sergio Piro, pp. 168-183, pp. 175-176.

³² S. Piro, *Psichiatria Democratica: crisi e ricerca d'identità*, testo dell'intervento al convegno nazionale di Psichiatria democratica su *Psichiatria fra governabilità e alternativa democratica*, Bari, 29-30-31 maggio 1981, in Archivio Petruzzellis (Cefalù, Palermo), b. *Varie Meridione*, f. *Convegno nazionale di Pd Bari 29-31 maggio 1981*. Cfr. anche «Fogli di informazione», X (1981), n. 75-76, intitolato monograficamente *Convegno nazionale di Psichiatria Democratica Bari 29-30 Maggio 1981*.

del Nord»³³. Piuttosto, la 180 doveva farsi strumento del cambiamento attraverso il coinvolgimento della comunità (degli operatori, del quartiere, degli amministratori) nel superamento della «dialettica abbandono/controllo»³⁴ nel territorio, preparando le strutture extraospedaliere prima dello svuotamento del manicomio e anche, secondo Piro, per accogliere la nuova cronicità³⁵. Attuare ancora quella «pratica della complessità» fatta di «analisi [delle] infinite interrelazioni dell'essere sociale» per continuare a lottare per il progetto di Psichiatria democratica: «trasformare il mondo»³⁶.

Ho voluto riportare molti dei passaggi dell'intervento di Piro perché mi sembra un documento emblematico del contributo che una prospettiva decentrata può fornire all'analisi storiografica. Credo infatti che guardare la rivoluzione basagliana dal punto di vista dei territori considerati generalmente marginali, e mi riferisco tanto all'aspetto concreto del relativo isolamento degli operatori democratici in alcuni contesti nazionali (vedi la Campania) quanto all'assenza di un'attenzione a queste vicende nelle ricostruzioni della storia della deistituzionalizzazione, possa aprire originali piste di ricerca anche sulla storia delle culture politiche nell'Italia repubblicana; sulla possibilità di indagare la storia politica e sociale dell'Italia degli anni Ottanta nelle sue complesse articolazioni nazionali, fatte anche di una peculiare rielaborazione delle eredità del lungo Sessantotto italiano.

Sennonché, è opportuno richiamare un altro aspetto già accennato: nella continuità del discorso sulla deistituzionalizzazione non viene mai meno la centralità della vicenda umana. Gli uomini e le donne che vivono e hanno vissuto l'istituzionalizzazione manicomiale, ma anche la sofferenza del disagio mentale, sono e restano il perno del progetto della psichiatria alternativa, prima e dopo il 1978. E, proprio a partire dagli argomenti di Piro, vale la pena di ribadire che la psichiatria radicale non ha mai né messo in discussione né idealizzato la malattia mentale, e per questo non ritengo il termine antipsichiatria puntuale per definire il movimento della psichiatria alternativa. Piuttosto, per citare Basaglia, la questione della malattia mentale è stata posta tra parentesi nella fase del superamento del nodo asilare. Se è vero che in molti dallo «strappo vertiginoso» della 180 vennero direttamente travolti, è anche vero che la riforma provò a creare i contesti adatti perché i matti potessero, finalmente, parlare³⁷.

³³ S. Piro, *Psichiatria Democratica*, cit., p. 7.

³⁴ *Ivi*, p. 13.

³⁵ A proposito dell'intervento a Bari, cfr. *Legge 180 vent'anni dopo: intervista a Sergio Piro*, in «Psychiatry online Italia», 9 aprile 2013: <https://www.psychiatryonline.it/interviste/legge-180-ventanni-dopo-intervista-a-sergio-piro-2/> (ult. cons. 15/07/2025).

³⁶ S. Piro, *Psichiatria Democratica*, cit., p. 23.

³⁷ Cfr. V. Fiorino, *Prefazione*, in V. Fiorino, *Rivoltare il mondo*, cit., p. 12.

La deistituzionalizzazione a Feltre: progetti di nuova psichiatria nelle memorie dei suoi protagonisti

Cecilia Molesini

1. Un manicomio alle pendici delle Dolomiti

Feltre è una cittadina alle pendici delle Dolomiti bellunesi che si raggiunge, venendo da città come Padova, Treviso o Venezia, seguendo da un certo punto in poi la valle del Piave. Dal finestrino del treno, volgendo lo sguardo verso destra, si vede quello che è rimasto di un fiume ormai svuotato dall'industrializzazione, le montagne scure che un tempo emergevano dalle sue acque agitate e le nuvole basse che aggiungono un tocco di malinconia a un paesaggio già di per sé spettrale¹. Nel punto in cui la linea ferroviaria e il Piave divergono, si inizia a intravedere la cittadina di Feltre, tutta sviluppata in verticale, spesso avvolta da quelle stesse nuvole basse che però, in questo caso, restituiscono al paesaggio un aspetto favolistico e onirico. In una zona un tempo centrale della città, che sembra sospesa in aria, fuori dal tempo e dallo spazio, si trovava l'ospedale psichiatrico provinciale, che accoglieva – o meglio rinchiusdeva – persone provenienti da tutto il territorio del feltrino, del Bellunese e specialmente dalle valli del Comelico, del Primiero e del Cadore².

Il quartiere in cui sorgeva la struttura, Borgo Ruga, è stato uno dei più vivi della città fino alla prima metà degli anni Novanta del Novecento: «un gioiellino», come mi hanno ripetuto diversi testimoni che ho intervistato nel corso di questa ricerca. L'ospedale psichiatrico di Feltre, dunque, era uno dei pochi che in Italia fosse situato al centro e non alla periferia della città, dove solitamente i manicomi erano collocati al duplice scopo di *custodire* chiunque risultasse «pericoloso a sé e agli altri o di pubblico scandalo» e di *curare* la persona affetta da disagio psichico (ai sensi della legge alienistica nazionale vigente dal 1904 sino al 1978 e nonostante l'attenuazione del regime d'internamento potenzialmente sancita dalle due Leggi Mariotti del 1968)³.

¹ Sulle trasformazioni del bacino del Piave tra Ottocento e Novecento si veda G. Bonan, *Le acque agitate della patria. L'industrializzazione del Piave (1882-1966)*, Viella, Roma 2020.

² Introduttivamente, cfr. la scheda di chi scrive per l'*Archivio storico della psicologia italiana*: <https://www.aspi.unimib.it/it/data/entita/775-ospedale-psichiatrico-provinciale-di-feltre> (ult. cons. 24/07/2025).

³ Per il testo della legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia*

La collocazione non periferica del manicomio feltrino, insieme al fatto che, come in altri casi, quell'ospedale era un sistema autosufficiente in cui venivano praticate diverse attività che ne permettevano il sostentamento, lo hanno reso una piccola "città nella città". All'interno, infatti, oltre al personale sanitario, venivano impiegate altre figure professionali, come ad esempio il falegname, il cuoco, il tipografo, il macellaio. Per questo, a partire dal secondo dopoguerra, quando moltissimi furono costretti a emigrare a causa delle condizioni economiche critiche e delle scarse opportunità lavorative, l'ospedale psichiatrico divenne una fonte di impiego fondamentale soprattutto per i feltrini⁴.

In particolare, con l'arrivo del medico antifascista Gino Meneghel, direttore dal 1946 al 1976, l'ospedale psichiatrico subì un grande ampliamento strutturale e dell'organico, a causa del sempre maggior numero di internati. Attraverso tali ampliamenti, al corpo originario (un ex convento di monaci agostiniani) vennero aggiunte altre due strutture decentrate: prima una a Pullir (una frazione di Cesiomaggiore, comune limitrofo a Feltre) e in seguito un'altra a Cart (frazione di Feltre). Nei primi anni del dopoguerra, l'aumento degli internati era dovuto principalmente al ritorno dal fronte di soldati segnati da traumi significativi. Molte però erano anche le donne sole, rimaste vedove a causa della guerra, e i bambini orfani che non avevano altro modo per sopravvivere. Tante erano le situazioni di marginalità sociale o di difficoltà economica e non sempre il disagio psichico era la principale ragione d'internamento⁵.

Nel giugno del 1955 anche la Giunta provinciale di Belluno s'interrogò sul continuo aumento del numero degli internati. Nel verbale di una delle sue sedute venne citata una statistica secondo cui nella prima metà degli anni Cinquanta Belluno sarebbe stata al primo posto in Italia per l'incidenza delle malattie mentali, con un rapporto tra ricoverati e popolazione dello 0,38% (su 238.269 cittadini, 900 risultavano in manicomio) seguita da Varese (0,25%) e Trento (0,24%). Il segretario generale della Giunta commentò così la notizia: «Detta statistica presenta dei risultati che darebbero alla nobile provincia di Belluno un primato vergognoso, se effettivamente i ricoverati nell'ospedale psichiatrico di Feltre fossero tutti... matti»⁶.

Poiché, ai sensi della legge 20 marzo 1865, n. 2248 (*Per l'unificazione amministra-*

e cura degli alienati (dove l'ordine dei verbi è emblematico), si veda R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 221-223. Già con la legge n. 431 del 1968, cui qui si farà riferimento in seguito, furono in realtà introdotte delle importanti novità come la possibilità di ricovero volontario su semplice richiesta del cittadino e l'abolizione dell'iscrizione degli internati al casellario giudiziale (quest'ultima introdotta dal Codice Rocco nel 1930).

⁴ G. Grazioli, *Il manicomio provinciale di Feltre (1775-1978): follia, controllo sociale e impresa*, in «Archivio storico di Belluno, Feltre e Cadore», XCI (2020), n. 366-367, pp. 67-80.

⁵ A. Rota, *Storia dell'ospedale di Feltre*, Tipografia editrice Panfilo Castaldi, Feltre 1976, pp. 269-271.

⁶ Archivio storico della Provincia di Belluno (AsPB), *Sanità e beneficenza (1869-1957)*, cat. 3, cl. 2, fasc. 1, Giunta provinciale di Belluno, seduta del 20 giugno 1955, verbale n. 99/1514.

tiva del Regno d'Italia) le rette manicomiali erano a carico delle Province, i membri della Giunta bellunese avevano tutto l'interesse che i pazienti venissero dimessi: la riflessione del segretario generale era volta a capire se alcuni di loro potessero di fatto tornare a casa in modo da gravare meno sulla casse provinciali. I suoi dubbi, tuttavia, erano legittimi: anche da studi su altri ospedali psichiatrici, così come dalle testimonianze di chi in manicomio c'era stato, risulta che la principale ragione d'internamento nei manicomi pubblici fosse la miseria. Lo ha ripetuto in diverse occasioni Franco Basaglia⁷, lo aveva rimarcato Erving Goffman in *Asylums*, quando argomentò come la distinzione tra il malato di mente che sta fuori dall'ospedale e quello che sta dentro non stia tanto nel tipo di malattia, «quanto piuttosto [in] un certo numero di contingenze». Tra queste Goffman aveva citato in particolare la condizione economica ma anche la vicinanza geografica a un ospedale psichiatrico⁸. Se guardiamo i dati relativi al nostro caso, vediamo che l'1 gennaio 1953 la città di Belluno aveva una popolazione di 29 138 abitanti di cui 63 ricoverati in manicomio mentre Feltre, con 20 111 residenti, registrava ben 83 ricoverati: in proporzione quasi il doppio⁹.

Sebbene in molti casi fosse il fattore determinante, la correlazione tra povertà e internamento non bastava però a spiegare le cause dei disagi psichici, soprattutto in una fase in cui diversi psichiatri avevano una visione organicistica della malattia mentale e ne cercavano le cause nelle lesioni del tessuto nervoso¹⁰. Lo stesso Gino Meneghel, capo indiscusso della struttura feltrina, era convinto che la psichiatria dovesse intervenire sul corpo, pertanto le terapie utilizzate erano l'insulinoterapia, la malarioterapia, le terapie da shock e, per qualche anno, anche la psicotomia, nella forma della leucotomia prefrontale transorbitaria di Fiamberti, di cui Meneghel era caro amico¹¹.

Non fu un caso infatti che, quando le due cosiddette leggi Mariotti del 1968 (quella del 12 febbraio, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*; quella del

⁷ Si veda, ad esempio, l'intervista di Sergio Zavoli a Franco Basaglia in *I giardini di Abele*, disponibile online su Raiplay: <https://www.raiplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia> (ult. cons. 24/07/2025).

⁸ E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010 (I ed. 1968), p. 161).

⁹ AsPB, *Sanità e beneficenza (1869-1957)*, cat. 3, cl. 2, fasc. 1, Giunta provinciale di Belluno, seduta del 20 giugno 1955, verbale n. 99/1514.

¹⁰ Sebbene il panorama della psichiatria italiana in quegli anni fosse già piuttosto variegato, l'indirizzo principale rimaneva quello organicistico. Non a caso, al primo congresso mondiale di psichiatria che si tenne a Parigi il 19 settembre 1950, i due psichiatri italiani che ebbero maggiore visibilità furono Adamo Mario Fiamberti e Ugo Cerletti che intervenivano nella sezione delle terapie biologiche: V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009, pp. 123-130.

¹¹ G. Meneghel, *Relazioni sul quinquennio 1946-50*, Industrie poligrafiche Longo e Zoppelli, Treviso 1951; G. Meneghel, *Relazione sul quadriennio 1951-54*, Panfilo Castaldi, Feltre 1955.

18 marzo, n. 431, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*) sancirono l'introduzione negli ospedali (e nei centri di igiene mentale) degli assistenti sociali e degli psicologi, questi – di fatto inseriti nei manicomi soprattutto a partire dalla seconda metà degli anni Settanta – non vennero sempre accolti a braccia aperte, per lo meno a Feltre. Anzi, queste nuove figure professionali, spesso di genere femminile, risentirono di un atteggiamento di chiusura e diffidenza da parte del personale medico e sanitario ormai fortemente istituzionalizzato come la popolazione ricoverata. Ciononostante, qualcosa aveva iniziato a muoversi anche nel contesto feltrino grazie alla presenza di alcune persone che, incuriosite e influenzate da quanto stava avvenendo in altre realtà italiane, avevano iniziato a immaginare nuove forme di assistenza psichiatrica.

Il presente contributo, attraverso le testimonianze di alcuni dei protagonisti di questo cambiamento, intende mostrare quali idee e valori animassero le loro iniziative e come cercarono di metterle in pratica attraverso il coinvolgimento dei pazienti psichiatrici¹².

2. I primi segnali di cambiamento

A partire dagli anni Settanta, uno dei principali fattori di cambiamento all'interno dell'ospedale psichiatrico feltrino fu l'ingresso di una nuova generazione di infermieri che avevano iniziato a lavorare in manicomio dopo una preparazione adeguata e un concorso e che dunque non erano più reclutati semplicemente in base ai vecchi requisiti – tra cui spiccavano la prestanza fisica e l'attitudine alla sorveglianza. Già nel 1952 il direttore Gino Meneghel aveva istituito un corso per aspiranti infermieri ma, stando alle interviste effettuate, sembra più che altro essersi risolto in una formalità. Da alcune testimonianze raccolte emerge infatti come i nuovi arrivati, al loro ingresso in manicomio, abbiano trovato nei colleghi che ormai lavoravano lì da molto tempo degli infermieri fortemente istituzionalizzati. Come ha spiegato Reginetta:

Noi siamo due categorie di infermieri psichiatrici. I vecchi, i primi, quelli che erano ossequiosi. E noi che siamo entrati attraverso una scuola, due percorsi di scuola, per arrivare lì a fare gli infermieri psichiatrici, e logicamente avevamo il diritto: “se ci avete assunti, percorso e concorso, vuol dire che abbiamo un diritto di lavoro”. E poi avevamo una mentalità diversa, anche di rapportarci con i pazienti: era un

¹² Questo saggio è tra i frutti di un progetto di ricerca iniziato nel 2021 su proposta dell'allora consigliera comunale feltrina Daniela Perco, poi strutturatosi anche attraverso iniziative dedicate dall'Associazione italiana di storia orale all'utilizzo delle fonti orali come strumenti per indagare la storia più recente della psichiatria (in particolare la *scuola* feltrina del 2022: <https://www.aisoitalia.org/scuola-storia-orale-manicomio-feltre/>, ult. cons. 24/07/2025). Cfr. anche C. Molesini, D. Perco, *Sguardi bambini. Testimonianze sull'ospedale psichiatrico di Feltre*, in «Venetica», XXXVIII (2023), n. 64, pp. 159-176. Tutte le testimonianze orali citate qui di seguito sono state raccolte da chi scrive e Daniela Perco.

attimo diverso il discorso. Perché loro erano secondini e noi invece... “Ma scusa perché devo chiudere la porta se lui è qua e mi fido di lui perché devo farlo?”. Cioè noi consideravamo i pazienti persone da curare, loro li consideravano persone da tenere, da custodire, da chiudere, da tenere dentro. E ci siam scontrati tantissimo¹³.

Questa testimonianza mostra chiaramente la spaccatura che si venne a creare in quegli anni all'interno del personale infermieristico e che rispecchia la trasformazione del ruolo degli infermieri da custodi dell'ordine istituzionale a figure di sostegno e garanti di cura per i pazienti¹⁴. L'uso di un lessico militare per descrivere i colleghi come «ossequiosi» e «secondini», così come dei pronomi «noi» e «loro» per distinguere i due gruppi, ricalca efficacemente la realtà di questi due approcci inconciliabili.

Almeno altri tre sono i fattori concreti di cambiamento che si riscontrano nella seconda metà degli anni Settanta nell'istituzione feltrina. In primo luogo, nel 1975, pur trovando molte resistenze, arrivò la prima psicoterapeuta, Isabella Schiappadori, seguita tra il 1976 e il 1977 da un paio di giovani tirocinanti in psicologia dell'Università di Padova. L'ingresso in ospedale di queste figure professionali significava dare finalmente importanza nella cura al mondo interiore e al vissuto individuale del paziente. Tuttavia, almeno in un primo periodo, il lavoro di psicoterapia fu molto difficoltoso soprattutto con quei pazienti considerati cronici, che erano internati da anni e dunque fortemente istituzionalizzati¹⁵.

In secondo luogo, nel 1976, dopo trent'anni, Gino Meneghel lasciò l'incarico di direttore che venne assunto dal dottor Centeleghe. Sebbene anch'egli fosse un convinto sostenitore del manicomio nella sua forma tradizionale, Centeleghe non aveva la stessa autorevolezza di Meneghel, che ormai veniva identificato con l'istituzione stessa. Anche questo passaggio ha probabilmente facilitato il progressivo sgretolarsi dell'immagine del manicomio come di un qualcosa di immutabile e inespugnabile.

In terzo luogo, a partire dal 1975, diverse persone che lavoravano all'interno dell'ospedale psichiatrico di Feltre entrarono in contatto con Franco Basaglia e con alcuni membri della sua équipe. Infatti, a partire da quell'anno, Basaglia e Peppe Dell'Acqua, uno dei suoi più stretti collaboratori, iniziarono a portare alcuni pazienti del San Giovanni di Trieste a Villa Fulcis Montalban, presso Safforze, nel Bellunese, per trascorrere dei soggiorni fuori dalle mura manicomiali. Villa Fulcis Montalban

¹³ Intervista a Reginetta Z., Feltre, 16 novembre 2021. Reginetta iniziò a lavorare come infermiera presso l'ospedale psichiatrico di Feltre nel 1969. Poiché i suoi genitori erano mezzadri della stessa istituzione ospedaliera e lavoravano nelle colonie agricole, essa è cresciuta a stretto contatto con i pazienti che conosceva fin da bambina. Come ha sottolineato più volte lei stessa, questa particolare situazione ha certamente influenzato il suo approccio piuttosto orizzontale nei confronti dei pazienti.

¹⁴ Sulla trasformazione del ruolo degli infermieri cfr. introduttivamente V.P. Babini, *Liberi tutti*, cit., pp. 157-161, ma, ora, V. Fiorino, G. Mamone, F. Milazzo (a cura di), *Dalla custodia alla cura. Infermieri e riforma psichiatrica in Italia*, ETS, Pisa 2025.

¹⁵ Intervista a Cristina G., Feltre, 21 dicembre 2021.

rappresentava una realtà aperta sia per i pazienti sia per chiunque fosse interessato a scoprirla, così nel giro di poco tempo si sparse la voce in tutta la provincia e diverse persone iniziarono a frequentare la Villa spinte dalla curiosità di conoscere Basaglia, di cui avevano letto le opere, e volenterose di capire come si potesse lavorare diversamente con le persone affette da disagio psichico. Diverse scuole del territorio organizzarono visite a Safforze delle loro classi di studenti, che partecipavano a varie attività insieme ai pazienti psichiatrici, come ad esempio i laboratori artistici e musicali. Un anno a Villa Fulcis venne perfino portato Marco Cavallo, il cavallo azzurro simbolo della lotta per la liberazione degli internati¹⁶.

Tra le varie persone che in quest'occasione entrarono in contatto con Basaglia c'è Ruggero C., un giovane neolaureato in sociologia presso l'Università di Trento, un «sessantottino vero», come si è definito lui stesso nel corso dell'intervista. Ruggero C., insieme al collega Guelfo D.S., aveva scritto una tesi proprio sull'ospedale psichiatrico feltrino, all'interno del quale già lavorava come impiegato presso l'ufficio economato¹⁷. Grazie all'incontro con le idee basagliane, i due sociologi iniziarono a pensare, immaginare e progettare l'apertura di una prima struttura intermedia per il superamento del manicomio a Feltre¹⁸. La cosiddetta "Casa per ospiti" di fatto vide la luce l'anno dopo l'approvazione della legge 180, nel 1979, e venne aperta all'interno di un padiglione prima dedicato ai malati di tubercolosi. In seguito, altre due case per ospiti vennero aperte nelle sedi decentrate di Pullir e di Cart. Oltre a esse, l'ospedale psichiatrico di Feltre venne poi smembrato in altre due realtà istituzionali: il residuo manicomiale e il presidio di lungo-assistenza¹⁹.

Il residuo manicomiale era ciò che più riproduceva il vecchio manicomio, era a esaurimento, ovvero non poteva accogliere nessuna persona nuova, e al momento della sua creazione ospitava tra gli 80 e i 100 pazienti cosiddetti «cronici». Erano soprattutto i più anziani, ormai talmente istituzionalizzati dalla logica manicomiale da essere irrecuperabili e che – a detta di chi se ne occupava – non avrebbero avuto alcun beneficio dal lavoro di cura. Per descrivere il residuo manicomiale, uno psichiatra ha rievocato «l'odore di morte dentro»²⁰ a indicare come esso fosse l'ultimo stadio appunto prima della morte. A metà degli anni Novanta, quando il residuo venne chiuso, i pazienti rimasti vennero trasferiti in residenze sanitarie assistite.

¹⁶ P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Nuovi equilibri-Stampa alternativa, Viterbo 2007 (I ed. 1980), pp. 185-205.

¹⁷ R. Casagrande, G. De Simoi, *Realtà comprensoriale e intervento sanitario locale rispetto al problema della malattia mentale: contributo a un progetto di intervento nel bellunese*, tesi di laurea in Sociologia, relatrice Matilde Callari Galli, Facoltà di sociologia, Università di Trento, a.a. 1973-1974.

¹⁸ Intervista a Ruggero C., Feltre, 5 ottobre 2021.

¹⁹ V. Milano, E. Rasi Caldagno, *Le strutture psichiatriche nell'Ulss n. 4-Comunità Montana Feltrina della Regione Veneto*, in G. Contini, E. Stratico (a cura di), *Il manicomio dimenticato*, Clueb, Bologna 1988, pp. 69-74.

²⁰ Intervista a Vito G., Feltre, 21 febbraio 2023.

Il presidio di lungo-assistenza diretto dalla dottoressa Vanda Milano, che occupava gli stessi spazi del manicomio e ospitava circa 80-100 pazienti, poteva invece – schivando alcune clausole della legge 180 – accogliere nuovi pazienti. Questo reparto era pensato per coloro che avevano dimostrato qualche possibilità di miglioramento, tanto che tra gli anni Ottanta e Novanta vennero organizzate diverse attività ricreative, in alcuni casi anche aperte alla cittadinanza²¹.

3. La “Casa per ospiti”: una struttura intermedia

Nella “Casa per ospiti” erano state inizialmente accolte 44 persone, seguite da 11 infermieri e 2 inservienti. La scelta del sostantivo “ospite” per indicare chi fino a poco tempo prima veniva definito paziente, malato o internato, rifletteva la natura volutamente temporanea di questa nuova struttura abitativa che voleva essere «l’ultima delle porte di quell’ideale corridoio che separa l’area psichiatrica dalla realtà sociale»²². Essa, infatti, accoglieva principalmente coloro che avevano una maggiore possibilità di essere reinseriti nelle famiglie e aveva come obiettivo finale la loro risocializzazione²³.

Per capire come lavorare a tale fine, i due sociologi si erano ispirati, oltre che all’esempio basagliano, alle teorie e alle pratiche di Mark Spivak psicologo sociale e direttore del centro di riabilitazione psicosociale Moadon Shalom di Gerusalemme. Nel 1980 Spivak aveva svolto una serie di seminari in Veneto e aveva anche fatto visita alla struttura feltrina²⁴. Secondo Spivak, la «desocializzazione del paziente» era il risultato della «riduzione» ovvero «diminuzione» della «articolazione sociale dell’individuo» derivante dal suo «distacco, parziale o completo [...] dalla partecipazione alle attività della comunità sociale estesa»: proprio per questo egli dava grande importanza alla dimensione interpersonale del percorso terapeutico e sosteneva che la risocializzazione potesse avvenire per mezzo di «interazioni risocializzanti» tra operatori e pazienti²⁵.

Nelle case per ospiti il processo di risocializzazione dei pazienti seguiva tre linee

²¹ V. Milano, E. Rasi Caldogno, *op. cit.*, pp. 71-72. Sulle attività aperte alla cittadinanza è tuttora vivo, nella memoria cittadina, il rito di «Brusa la vecia», il rogo del simulacro di una signora anziana, propiziatorio dell’arrivo della primavera, che veniva organizzato nel cortile dell’op: cfr. C. Molesini, D. Perco, *Sguardi bambini*, cit., pp. 170-172.

²² G. De Diana, *Un albergo chiamato Casa ospiti*, in «Il Gazzettino», 6 maggio 1984, Qui, come in altre due occorrenze che seguono, non è stato possibile risalire ai numeri di pagina degli articoli su «Il Gazzettino», forniti in ritaglio dagli intervistati.

²³ V. Milano, E. Rasi Caldogno, *op. cit.*, p. 70.

²⁴ L. Burti, *Mark Spivak (1929-1998). In memoriam*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 7 (1998), n. 3, pp. I-II.

²⁵ M. Spivak, *Introduzione alla riabilitazione sociale. Teoria, tecnologia e metodi di intervento*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», CXI (1987), n. 3, pp. 522-574, p. 562.

di intervento. In primo luogo, si procedette alla riorganizzazione e alla ridefinizione degli spazi abitativi. Le camere da letto erano state ridotte tendenzialmente a camere per due persone (con un limite massimo di cinque), accanto ai letti erano stati aggiunti i comodini, alle finestre erano state poste delle tende, i soggiorni erano dotati di divani. Insomma, anche i luoghi avevano acquisito una loro personalizzazione, come riportato sulla stampa locale: «sarà per i lampadari di Murano, per le tinteggiature gaie delle pareti o per i fiori sui tavoli; oppure sarà per le porte aperte... certo è che qui il clima è sereno e tutto evidenzia il capovolgimento del concetto tradizionale di ricovero, che inizia con la ricostruzione ambientale di tipo visivo, olfattivo e strutturale»²⁶.

In secondo luogo, si cercò di ridurre il più possibile la medicalizzazione degli ospiti. Essi, infatti, non erano più seguiti quotidianamente dagli psichiatri bensì da educatori e infermieri (i medici di riferimento erano i medici di base del comune). Dunque, nessuno indossava il camice all'interno della struttura, non erano più presenti figure legate alla Chiesa e, quando possibile, le terapie farmacologiche erano ridotte al minimo. Infine, le interazioni risocializzanti tra operatori e ospiti si concretizzavano nelle pratiche quotidiane tramite il coinvolgimento in prima persona degli ospiti nella vita quotidiana della casa. Ad esempio, erano gli ospiti stessi a cucinare per il pranzo che consumavano insieme agli operatori; avevano poi un orto da coltivare e un banco al mercato in cui vendevano i loro prodotti. Nel corso degli anni, inoltre, vennero organizzati diversi viaggi, prima in Italia (a Rimini e in Sardegna), poi anche all'estero (in Spagna e in Francia)²⁷.

Queste pratiche erano volte a restituire alle persone la soggettività perduta durante il lungo percorso istituzionalizzante e spersonalizzante che avevano subito entrando nell'istituzione manicomiale. Guelfo D.S., direttore della "Casa per ospiti", lo spiega chiaramente quando dichiara che essa:

Consisteva nel fare un percorso contrario rispetto a quello fatto all'interno della struttura manicomiale, dove la persona veniva annullata e doveva diventare un bravo cittadino dell'istituzione. Fare il percorso inverso: insegnare tutto quello che c'era da imparare per non soffrire quando sarebbero usciti; insegnare un po' tutto, come comportarsi a tavola, come fare la spesa, come mantenersi i vestiti, come acquistarsi; personalizzare tutto, no? Perché prima non c'era niente di personale, tutto veniva dalla struttura, niente che loro potessero avere come proprio²⁸.

Era tramite questi gesti apparentemente piccoli e naturali che gli operatori cercavano di trasformare gli ospiti «in persone» e trasformarli in persone significava non

²⁶ M. Zampieri, *Il "centro di Cart" una nuova gemma dell'Ulss numero 4*, in «Il Gazzettino», 3 dicembre 1986.

²⁷ Intervista a Guelfo D.S., Pedavena, 18 ottobre 2021, e Ruggero C., Feltre, 5 ottobre 2021.

²⁸ Intervista a Guelfo D.S., Pedavena, 18 ottobre 2021.

vederli più come «oggetti indifferenziati e anonimi di custodia/cura, ma soggetti di diritto, con bisogni e desideri, singoli e diversificati»²⁹.

Nel 1983 venne aperta una seconda “Casa per ospiti” a Pullir, una frazione del comune limitrofo di Cesiomaggiore, dove già esistevano due padiglioni del vecchio manicomio e venivano internati soprattutto coloro che potevano essere impiegati nella cosiddetta ergoterapia. Reginetta Z., che ha avuto modo di lavorare sia in manicomio sia nella “Casa per ospiti”, ha sottolineato le numerose differenze nella gestione della vita quotidiana tra le due realtà. Uno dei primi aspetti su cui si è soffermata è il momento del pranzo: se prima gli infermieri non avevano diritto alla mensa, all’interno della “Casa per ospiti” il pranzo era diventato invece un momento terapeutico fondamentale. Infermieri, assistenti sociali e pazienti non solo cucinavano e mangiavano insieme, ma persone abituate a mangiare solo con un cucchiaino potevano finalmente utilizzare forchetta e coltello. La condivisione degli spazi, lo svolgimento di alcune mansioni, i momenti conviviali hanno facilitato la creazione di rapporti umani che riproducevano quelli della società esterna e che avrebbero permesso il reinserimento degli ospiti nella società. Lo stesso smantellamento delle mura manicomiali avvenne in collaborazione tra pazienti e infermieri, come racconta Reginetta:

Nell’83 abbiām buttato giù tutti i muri, tutti i fili spinati, aperti i portoni e fatto tutte queste cose qua. E lì si son mischiati i reparti, son diventati misti e via dicendo [...]. Abbiām buttato giù tutti quanti i muri, anche senza il permesso del comune, siamo stati fermi anche tre mesi per non andare a finire in prigione tutti quanti. Sì, sì, ne abbiām fatte di cotte e di crude dopo. Addirittura, poi, attraverso l’interessamento di Dal Molin, del dottor Guelfo e di Ruggero sono arrivati addirittura degli innovatori della legge Basaglia dall’America e credevano di venire a insegnarci chissà che cosa. Il fatto è che quando si sono presentati avevamo, noi infermiere e gli infermieri chi col *cariol* per portare i muri che erano stati demoliti, i pazienti col *MotoPick*... E han detto “ma scusate chi di voi è il paziente?”. Ed erano proprio quelli... Ma non apposta perché arrivavano loro, ma perché noi stavamo facendo la nostra strada, il nostro percorso di lavoro. E han detto “ma chi di voi è il paziente? Quello là col *MotoPick*, quello là con...”. E han detto “beh da noi queste persone vengono mandate a casa. Queste persone vanno a casa”. E noi abbiām risposto “noi siamo appena partiti per mandarli a casa, però devono fare il loro percorso di ambientamento, di recupero e comunque di rientro a casa con i famigliari, i parenti, e tutte queste cose qua, non è così facile, non puoi prenderli... perché han provato a Feltre a mandarli a casa e mezzi sono morti, quando non hanno destabilizzato le famiglie e sono arrivati al suicidio, ecco”. Sì è una cosa brutta quella: da una camera chiusa li mandi fuori all’avventura! Non è fattibile. Devi fargli fare un percorso e questo era il nostro compito³⁰.

²⁹ A. Signorelli, *Centro donna-Salute mentale: una storia di genere*, in A. Signorelli, *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma 2015, pp. 87-99, p. 88.

³⁰ Intervista a Reginetta Z., Feltre, 16 novembre 2021.

Queste parole trasmettono il grande senso di responsabilità che Reginetta sentiva nei confronti del suo lavoro ma anche la messa in pratica di una nuova forma di cura, che prevedeva la partecipazione attiva dei pazienti che perseguivano l'obiettivo di riappropriarsi della loro soggettività, della loro libertà di scelta, del loro diritto a essere considerati cittadini. Reginetta, in questo senso, sembra essere un'ottima rappresentante di quell'attitudine che ha descritto Assunta Signorelli:

Il processo di deistituzionalizzazione, capovolgendo il rapporto fra la psichiatria ed il proprio oggetto, obbligava gli operatori e le operatrici ad assumersi la responsabilità di assicurare alle persone portatrici di sofferenza il diritto a star bene, a vivere la propria esistenza (e quindi anche la propria malattia) in modo dignitoso e adeguato ai propri bisogni e necessità³¹.

Il nesso tra responsabilità e libertà, così come la necessità di andare oltre i ruoli predefiniti è ancora una volta esplicitato da Reginetta quando sottolinea il rapporto di orizzontalità che aveva con gli ospiti: «I nostri erano abituati ad avere il loro spazio. A essere persone. A gestire... Noi non avevamo mai le chiavi in tasca erano sempre loro che ce le avevano»³².

4. Conclusioni

Questo contributo è il primo tentativo di ricostruire il lungo processo di deistituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico feltrino, che chiuse i battenti definitivamente nel 1996. Alla luce delle testimonianze raccolte finora, si può dire che sia stata un'esperienza portata avanti grazie alla volontà e al contributo di singoli individui spinti dal «sogno di una cosa»³³ e dall'intravista possibilità di fare davvero la differenza per migliorare le condizioni di vita di chi soffre di disagio psichico. Tuttavia, non sono mancate, insieme alle spinte in avanti, anche le resistenze.

La «Casa per ospiti» ha rappresentato – almeno nella percezione locale – una svolta significativa nella cura psichiatrica e ha avuto particolare risonanza anche in altre province del Veneto e dintorni (Verona, Bolzano, Vicenza), dalle quali nel corso degli anni Ottanta diversi operatori sono accorsi per prendere ispirazione da quella che la stampa locale ha definito «una delle prime [strutture] in Italia nel superamento della vecchia istituzione manicomiale»³⁴.

Adesso si tratta di capire meglio, attraverso il confronto con altre realtà, come questa esperienza si inserisca all'interno del più ampio mosaico nazionale.

³¹ A. Signorelli, *cit.*, p. 90.

³² Intervista a Reginetta Z., Feltre, 16 novembre 2021.

³³ Il riferimento è a P.P. Pasolini, *Il sogno di una cosa*, Garzanti, Milano 1962.

³⁴ *Tre Ulss visitano la «Casa ospiti»*, in «Il Gazzettino», 25 novembre 1986.

Tracce, territori, architetture. Traiettorie etnografiche fra archivi istituzionali e spazio pubblico

Massimiliano Minelli, Giulia Nistri

Durante una ricerca antropologica che stiamo svolgendo nella città di Perugia, entro il progetto *Stories of Exclusion and Living Freedom Archives of sorrow and ethnographies of hidden subversion in mental health institutions* (S.E.L.F.), abbiamo cercato di esplorare alcuni archivi della psichiatria e abbiamo attraversato le reti della salute mentale di oggi al fine di comprendere come diverse forme di esclusione interagiscano nel produrre vite e territori emarginati e razzializzati nello spazio urbano¹.

La nostra attenzione si è rivolta alla materialità dei dispositivi di produzione e conservazione della memoria istituzionale che hanno accompagnato storicamente la trasformazione dell'assetto di alcune aree della città. Lungo questo itinerario, la combinazione di "etnografia in movimento" e di "indagine d'archivio" ci ha per-

¹ La ricerca, parte delle attività di un Prin 2022 Pnrr, è realizzata dall'équipe dell'Università di Perugia (responsabile di unità locale M. Minelli) in collaborazione con l'Università di Firenze (responsabile di unità locale F. Zanotelli) e l'Università di Torino (*principal investigator* R. Beneduce). Per questo motivo si è cercato di interpretare, in modo etnografico, le dinamiche di razzializzazione e vulnerabilizzazione nel funzionamento delle istituzioni che determinano l'accessibilità agli spazi pubblici urbani. Genere, colore della pelle, condizione socioeconomica sono alcuni degli "assi di oppressione" all'intersezione dei quali prende forma una sofferenza sociale soggetta a forze storiche e processi strutturali a diversi livelli di scala. Cfr. P. Farmer, *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 2003. Tra gli obiettivi delle unità di ricerca vi era anche quello di riflettere sui meccanismi di riproduzione di differenti forme di subalternità. Per questo si è cercato di tenere conto di alcuni degli assi – genere, razza e condizione economica – lungo i quali rischiano di strutturarsi diverse forme di violenza strutturale in differenti contesti storici e sociali. Per quanto concerne la ricerca svolta a Perugia, in questa sede, relativamente ai nomi dei protagonisti della ricerca citati, abbiamo deciso di adottare pseudonimi nel caso delle persone incontrate in strada, mentre in riferimento alla cartella clinica consultata abbiamo riportato alcuni tra i dati della paziente e dei familiari inserendo le sole iniziali dei cognomi. Mettere in evidenza i dettagli nella storia di una paziente come anche i meccanismi istituzionali che hanno contribuito a scriverla ci sembra una operazione limitata che dovrebbe collocarsi in uno scenario più ampio. Per questo, cercheremo di cogliere aspetti che vadano oltre le classificazioni e l'individuazione di dati anagrafici e diagnostici che la scrittura istituzionale tende a istituire e produrre.

messo di tracciare una cartografia² a partire dalle tracce lasciate da procedure amministrative e classificazioni della marginalità urbana. Nello specifico, abbiamo esaminato la produzione delle memorie di diverse istituzioni – alcune cartelle cliniche dell'ex ospedale psichiatrico Santa Margherita, le attività dell'équipe di un Centro a bassa soglia (d'ora in poi CaBs)³ e del camper della Unità di strada (d'ora in poi Uds)⁴ – facendo attenzione ai luoghi di transito di concrete esistenze umane, individuali e collettive, e a come le quotidiane forme di vita urbana entrano in rapporto con procedure di classificazione ai margini dello scambio sociale.

In questo testo proponiamo due traiettorie tracciate dai nostri corpi in relazione con interlocutori e interlocutrici della ricerca, con i quali abbiamo cercato di riflettere su storie istituzionali di differenti contesti sociali. In particolare, abbiamo interagito con il lavoro di persone che operano nel settore del sociale in una rete di servizi per la salute, seguendone i tentativi di trovare nuove modalità d'azione che possano evitare il riprodursi di condizioni di marginalità e discriminazione.

Pensiamo che questa strategia di confronto con il passato, in una condizione d'incertezza, interrogando le contraddizioni del presente, sia stata necessaria a una *problematizzazione*⁵ dei processi di conservazione e dislocazione materiale e architettonica della memoria. Un modo di procedere che spinge a riflettere intorno a possibili modi d'immaginare forme di rammemorazione collettiva e pubblica.

² I punti di analisi sono emersi praticando in modo intensivo una cartografia che per sua natura è ibrida e si alimenta di incontri che il movimento produce, aprendo alla possibilità di costruire alleanze e dialoghi fra saperi minori e pratiche del quotidiano. Decisivo appare il tentativo di accompagnare e descrivere i percorsi di ogni partecipante nel processo di ricerca, in flussi d'attività di produzione sociale, seguendo processi generativi capaci di combinare componenti materiali, organizzazione sociale, conoscenza e pratiche, muovendosi spesso in terreni sconosciuti e accidentati. Cfr. E. Passos, V. Kastrup, L. da Escóssia, *Pistas do método da cartografia Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, Editora Sulina, Porto Alegre 2009.

³ Il lavoro del Centro a bassa soglia è collegato con quello dell'Unità di strada. Il CaBs è una struttura, il cui obiettivo è la riduzione dei processi di esclusione sociale delle persone consumatrici di sostanze stupefacenti, dove è possibile fermarsi per un momento di "ristoro" dalle condizioni di difficoltà del quotidiano – ricevere un pasto, leggere libri, ricaricare il telefono, riposarsi – e per ricevere aiuto allo svolgimento di pratiche di tipo burocratico come, per esempio, compilare un curriculum o prenotare una visita medica.

⁴ Il camper dell'Unità di strada (Uds) si muove attraversando lo spazio urbano e stando in alcune aree specifiche della città per fornire assistenza a persone che si trovano in condizioni di fragilità. Si tratta di un servizio di prossimità che agisce in collaborazione con altri servizi territoriali di salute, come i centri di salute mentale (Csm) e i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), cercando di ridurre il danno correlato all'uso e alla dipendenza da sostanze legali e illegali.

⁵ I. Stengers, *Putting Problematization to the Test of Our Present*, in «Theory, Culture & Society», 38 (2019), n.2, pp. 71-92.

1. In strada tra relazioni e pratiche di iscrizione

La nostra prima traiettoria accompagna il lavoro degli operatori del CaBs e del camper dell'Uds.

Negli spazi pubblici della città dove sosta il camper, operatrici e operatori si trovano a rispondere all'eterogeneità di richieste di chi si avvicina. Si tratta di incontri spesso fugaci, nel corso dei quali si manifestano concretamente differenti domande e bisogni: la richiesta di aiuto per il ritiro di una ricetta o allo scopo di trovare una sistemazione per la notte, la necessità di fare una telefonata per avere una visita medica o eseguire un test di gravidanza. Le richieste possono riguardare anche gli oggetti preparati al CaBs e consegnati in strada: acqua distillata, fogli di stagnola, siringhe di differenti dimensioni, preservativi, farmaci salvavita. La loro distribuzione avviene mentre si chiacchiera e si fuma. Come accade quando, all'ombra della chioma del leccio sotto cui è parcheggiato il camper, Nicole (che proviene dalla Repubblica Dominicana ma che fu adottata bambina da una famiglia italiana) si lamenta con Patrizia (operatrice in turno) della poca gentilezza delle persone che le capita di incontrare camminando in città. Durante la conversazione, discretamente, Patrizia le passa un sacchetto di carta, come quello per il pane, che Nicole infila rapidamente nello zaino ciondolante dalla spalla. Prima di andarsene il collega di Patrizia, in piedi vicino alla porta del camper, le ricorda la visita medica prevista per la settimana successiva.

I dati relativi agli incontri e i materiali distribuiti sono inseriti nel computer da chi è di turno nella tabella Excel⁶. In rare occasioni, quando il computer è impegnato per svolgere altre attività, capita che le annotazioni vengano fatte su piccoli fogli di carta, lasciandovi traccia del numero di incontri.

Il conteggio è una micro-pratica necessaria, di mediazione e traduzione per i partner istituzionali⁷, messa in atto in maniera rapida e discreta⁸. In strada, Davide,

⁶ Le colonne sono organizzate in modo da riportare il numero di contatti avvenuti in strada secondo una media giornaliera. La tabella divide i "contatti" tra donne, uomini e persone trans. Inoltre, sulla tabella sono annotate genericamente le provenienze delle persone che si rivolgono al servizio. È importante ricordare che negli ultimi tempi sono emersi un interesse e una sensibilità crescenti da parte di alcune operatrici e operatori per i temi legati al rispetto dei generi e ai linguaggi inclusivi. Un interesse dei servizi di prossimità a livello ampio: nell'ultima Summer School organizzata dal Coordinamento nazionale comunità accoglienti e da Forum Droghe, *Di generi e di droghe. Consumi, culture, contesti, diritti* (Firenze, 5-7 settembre 2024), operatori e operatrici si sono confrontati con differenti modi di trattare i temi del genere nell'ambito dei servizi di prossimità.

⁷ B. Latour, *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford Academic, Oxford 2005 (trad. it. di D. Caristina, *Riassemblare il sociale. Actor-Network Theory*, Meltemi, Milano, 2022, pp. 167 ss).

⁸ Riteniamo importante riflettere sulla postura dei servizi di riduzione del danno non solo per la natura pragmatica del modo di agire delle équipes, fatta di azioni di assistenza e scambio materiale, ma anche per le dimensioni relazionali attraverso cui si esprime tale prossimità. Le pratiche di operatrici

sporgendosi da fuori sulla porta del camper, comunica a Patrizia i conteggi delle consegne appena effettuate⁹. Il numero di oggetti consegnati è registrato dal collega nella tabella dove si trovano conteggiati e sommati i materiali “in uscita”. Si tratta di azioni che possono essere considerate come pratiche non discorsive¹⁰, forme minori di agire non verbale o preverbale che attraversano in alcuni casi le procedure istituzionali e le politiche pubbliche.

Chi si avvicina al camper può restare nei pressi della unità mobile, parlando del nuovo lavoro, di come tingersi i capelli, della difficoltà a trovare un impiego, bevendo un bicchiere di tè e mettendo in borsa le cose distribuite dal servizio. Da questo punto di vista, il camper rivela di essere un sito strategico di conoscenza etnografica poiché non soltanto mostra processualmente, al variare della scala d'osservazione, quanto accade nel suo intorno ma conferisce forma a fenomeni altamente complessi come «effetti del suo stesso passaggio»¹¹.

Seduti sui gradini vicino al camper si può anche mangiare. Il momento del pranzo si rivela per qualcuno la soddisfazione rapida di una necessità, quando, in silenzio, si consumano i pasti portati dall'équipe. In altri casi è un momento di chiacchiere scherzose, in cui si può guardare insieme un video sul cellulare o ascoltare la musica del proprio paese di origine. Altre volte operatrici e operatori in turno possono anche fornire informazioni sugli sviluppi di una procedura di riconoscimento del diritto d'asilo o su di un appuntamento per esami diagnostici programmato per la settimana seguente.

e operatori, se osservate attentamente e nelle loro dimensioni incarnate e relazionali, consentono di cogliere i gesti di una cura orientata alle esigenze specifiche delle persone che si rivolgono al servizio, che presta attenzione alle loro storie e ai percorsi. In questo senso, riescono a muoversi in maniera flessibile in campi di azione fortemente conflittuali, nel tentativo di coniugare pratiche critiche di decriminalizzazione del consumo e tutela dei diritti di salute nello spazio pubblico.

⁹ Diario di campo, 5 maggio 2024.

¹⁰ In ogni processo amministrativo è da considerare il rapporto contraddittorio che si instaura fra gli ordini discorsivi dell'istituzione e le pratiche senza discorso che la attraversano alimentando imprevedibili processi di soggettivazione. Su questo spazio di analisi cfr. M. Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975 (trad. it. di A. Tarchetti, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1976); G. Deleuze, *Foucault*, Éditions de Minuit, Paris 1984 (trad. it. di P.A. Rovatti, F. Sossi, *Foucault*, Edizioni Cronopio, Napoli 2002); G. Deleuze, *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, in Aa.Vv., *Michel Foucault. Rencontre internationale*, Paris, 9, 10, 11 janvier 1988, Seuil, Paris 1989, pp. 241-247 (trad. it. di U. Fadini, *Che cos'è un dispositivo?*, in G. Deleuze, *Divenire molteplice. Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*, a cura di U. Fadini, Ombre Corte, Verona 2002, pp. 64-73); M. de Certeau, *Microtechniques et discours panoptique: un quiproquo*, in M. de Certeau, *Histoire et psychanalyse entre science et fiction*, Gallimard, Paris 1982, pp. 203-218 (trad. it. di G. Brivio, *Microtecnica e discorso panottico: un qui pro quo*, in M. de Certeau, *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, pp. 155-165). Con riferimento ai temi qui affrontati si veda anche M. Minelli, «Divorare per non essere divorati». *Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile*, in «Lares», 80 (2014), n. 2, pp. 387-412.

¹¹ L. Alunni, *La cura e lo sgombero. Salute e cittadinanza nei campi rom di Roma*, Argo, Lecce 2017, p. 23.

In rare occasioni il momento del pasto si carica anche di tensione e frustrazione, come il giorno in cui Musa (un uomo arrivato dal Gambia da poco più di un anno che abbiamo incontrato nei pressi della stazione), seduto su di un gradino vicino al camper – la vaschetta di pasta al pomodoro in una mano, la forchetta impugnata nell'altra – sembrava teso e impaziente. Tra un boccone e l'altro, senza distogliere lo sguardo severo dai presenti, era lì a porre questioni sul servizio di accoglienza notturna da cui era stato escluso.

I pochi posti disponibili in accoglienza, la difficile gestione della turnazione degli operatori e il sovraccarico di lavoro non facilitano le procedure per trovare un modo di aiutare Musa. Nella consapevolezza delle difficoltà che egli affronta quotidianamente è difficile tracciare percorsi in cui attivare reti di supporto che possano aiutarlo a stare meglio. Musa parla spesso del “documento”, il permesso di soggiorno che ancora attende gli venga rinnovato: una condizione di incertezza che, nell'opacità delle procedure di richiesta di riconoscimento dello status giuridico, genera un insostenibile stato di preoccupazione e sofferenza permanente¹².

Nonostante i momenti di tensione e le difficoltà attraversate dai servizi, l'équipe di operatrici e operatori è attiva nel cercare modi di provare a tutelare la salute delle persone che incontra in strada: per Musa si è cercato un dialogo con il Dipartimento di salute mentale e si sono contattati i medici del Centro di salute mentale da cui l'uomo è stato preso in carico per un disturbo psichico che va oltre la sua attuale dipendenza da sostanze. Vorrebbero provare a proporre un itinerario diverso, adesso che al Ser.T l'assunzione del metadone è divenuta un vincolo allo scambio e alla relazione, ribadendo che a Musa spetta il rinnovo del permesso di soggiorno per motivi umanitari. Il foglio è diventato fondamentale per poter entrare in una comunità. Ma quale comunità? Non sembra ci siano posti disponibili ad accoglierlo. I dinieghi si sono ripetuti a causa del comportamento dell'uomo, giudicato difficile da gestire a causa di alcuni conflitti avuti con altre persone in strada e all'ostello notturno. Musa sente freddo e avrebbe bisogno di una coperta, ma non si è più presentato al CaBs dove, sugli scaffali, alcune coperte colorate date in donazione sembrano in attesa di essere consegnate a chi vive in stazione.

2. In archivio tra materialità e lessici istituzionali

La seconda traiettoria ha inizio nell'archivio dove sono conservate le cartelle dei pazienti dell'ex ospedale Santa Margherita¹³, il luogo in cui è possibile leggere nei

¹² Sull'incertezza nelle traiettorie attraverso le procedure per il riconoscimento del diritto d'asilo: B. Sorgoni (a cura di), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, Centro Informazione Stampa Universitaria, Roma 2011; Z. Whyte, *Miopia, incertezza e potere nel sistema d'asilo danese*, in «Lares», 77 (2011), n.1, pp. 35-64.

¹³ Il lavoro di riordinamento e inventariazione dei documenti sino a quel momento conservati

documenti di quel “proliferare” di azioni che hanno trovato collocazione nelle iscrizioni e si sono sedimentate nelle pratiche amministrative.

Nel ripercorrere la storia della miseria in Umbria, ci siamo trovati a ricostruire le vicende dei contadini ricoverati in ospedale psichiatrico agli inizi del XX secolo per una malattia terribile, come la pellagra, che rappresenta iconicamente la congiunzione fra povertà, sfruttamento del lavoro e dei territori e sofferenza sociale¹⁴. I titoli e le intestazioni dei documenti delle cartelle cliniche serbano memoria di passaggi e procedure che preludono o seguono spostamenti e trasferimenti: dai documenti municipali per l’invio all’ospedale o al pellagrosario, o verso l’ospedale di un’altra regione, firmati dal sindaco, sino ai diari medici e ai decreti del tribunale civile.

Nella iterazione grafica di definizioni e campi di descrizione delle cartelle possiamo trovare le tracce dei meccanismi che erano volti a istituire l’unità apparente del discorso psichiatrico e la regolarità delle sue classificazioni¹⁵. Di tali tracce è necessario cogliere eterogeneità, contiguità, tensioni, soprattutto considerando i vuoti e le assenze di informazioni sui pazienti più poveri venuti dalle campagne. Persone che in molti casi erano analfabete e di cui, nelle cartelle, si trova scritto poco o nulla. D’altra parte, laddove siano presenti, i diari medici, le ordinanze e le lettere fanno cumulo: un corpus di materiali conservati nei “registri nosografici” e protetti da involucri in cartoncino bianco-avorio contraddistinti ciascuno da un numero di serie vicino al nome di ogni paziente. Alle categorie d’informazioni richieste al compilatore di turno, impresse in neretto, rispondono brevi frasi tracciate con differenti inchiostrici che lasciano individuare l’avvicinarsi di diverse mani intente a compilare, firmare, correggere.

in spazi al piano terra della residenza protetta per anziani Santa Margherita, ex padiglione Santi del manicomio, è terminato nel 2001. I materiali sono stati successivamente depositati con decreto del Ministero per i beni e le attività culturali del 27 febbraio 2003, presso l’Archivio di Stato di Perugia, sua attuale collocazione. Sulla storia dell’ospedale psichiatrico di Perugia e sui processi di superamento e realizzazione della rete di salute mentale territoriale si vedano: Provincia di Perugia, *I luoghi della follia. Dalla “Cittadella dei pazzi” al territorio. Percorsi della psichiatria in Umbria dal ’700 ad oggi*, Arnoldo Editore, Perugia 1995; F. Giacomelli, *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia 2014.

¹⁴ S. De Cenzo, *La pazzia pellagrosa nel manicomio di Santa Margherita in Perugia (1880-1910)*, in «Proposte e ricerche», 30 (1993), n. 1, pp. 109-126. Cfr. D. Gentilcore, E. Priani, *Pellagra and Pellagrous Insanity during the Long Nineteenth century*, Palgrave Macmillan-Springer Nature, Cham 2023: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-22496-6> (ult. cons. 25/07/2025). Nello specifico, da una lettura dei documenti dell’epoca il mondo mezzadrile umbro sembra quello più colpito a partire dal 1880 (il calo dei numeri di ricoveri si avrà verso il 1910). Le azioni preventive (frutto anche dei dibattiti scientifici che stavano avvenendo in quel periodo) prevedevano la presenza a livello regionale delle locande sanitarie e di un pellagrosario.

¹⁵ La materialità dei supporti e la iterazione grafica di formule discorsive traggono la loro efficacia dalla ripetizione di procedure che delimitano e insieme istituiscono le condizioni di emergenza degli enunciati. M. Foucault, *L’archéologie du savoir*, Gallimard, Paris 1969 (trad. it. di G. Bogliolo, *L’archéologie del sapere*, Rizzoli, Milano 1971).

La parte superiore e quella centrale della coperta di una cartella¹⁶ contengono le generalità dei nuovi e delle nuove ammesse al Santa Margherita: Lucia C., coniugata, campagnola, anni 55. La «forma morbosa primaria» indicata, al fondo della pagina, è «psicosi pellagrosa». Tra le prime righe, sotto al cognome, in evidenza, è citata una lettera di richiesta di ammissione all'ospedale, scritta dal sindaco del municipio di provenienza. Si fa cenno anche al certificato del medico municipale allegato. Una trama di «relazioni civiche» che faceva da supporto e garante della leggibilità della follia presa in custodia.

Sui documenti, fogli e carte sciolte si trovano le date dei diversi ricoveri della donna, tra il 1898 e il 1908. Un elenco scritto a mano, tracciato da due grafie, una frettolosa e l'altra accurata, la cui combinazione fa pensare a una comunicazione informale e a un promemoria di poche formule abbreviate. Incolonnate, seguono le date di ammissione e dimissione, ciascuna accompagnata da indicazioni sullo stato di salute – guarita – al momento delle uscite e dai numeri di matricola. A Lucia, sono stati assegnati più codici, ciascuno a sancire l'atto di apertura di un nuovo registro corrispondente a ogni nuovo ingresso. Alla fine, elenchi e brevi annotazioni tracciano una storia apparentemente lineare, un insieme di sottili «suture» che fa quasi svanire le discontinuità e intermittenze delle vicende di vita di Licia.

Da questo punto di vista, leggere le carte della cartella di Lucia, piuttosto che il riconoscimento di storie e specifiche vicende biografiche, mostra l'articolazione di ingranaggi e meccanismi istituzionali che, come ha scritto Vinzia Fiorino, coinvolgevano, nelle pratiche di trasferimento e ammissione, parroci, messi comunali, medici condotti¹⁷. Nei documenti allegati, consegnati e firmati, si trovavano per esempio le firme di differenti autorità, come il sindaco o il regio commissario, destinatari di istanze e richieste dei familiari o di vicini per l'«ammissione» della paziente. Nel caso di Lucia, il certificato medico necessario al secondo ricovero, sebbene sia assente nella cartella, è citato tra gli allegati di «ammissione provvisoria» indirizzata al direttore. Saranno infine i timbri e le firme dei funzionari a ordinare, nel novembre dello stesso anno, le dimissioni della donna in quanto demente guarita.

Una lettera di uno dei figli di Lucia, richiede al direttore informazioni sulla madre e un possibile incontro con lei, ricoverata dal mese di marzo.

Gaeta il 21 Agosto 1908

Mi onoro di tanto fregio rivolgermi sobordinamente alla sua distinta bontà nel contempo le chiedo scusa della libertà che ardisco prendermi a darle disturbo.

Signor direttore, fin dal mese di marzo ultimo scorso disgraziatamente trovai

¹⁶ Facciamo riferimento nello specifico a una cartella relativa all'anno 1908: Archivio di Stato di Perugia, Congregazione di Carità, Manicomio di Santa Margherita, Cartelle cliniche dei ricoverati, b. 59, matricola 4964.

¹⁷ V. Fiorino, *Matti indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002.

ricoverata in cotesto manicomio di S. Margherita la C. Lucia sposa di C. Gaetano la quale è mia mamma.

Non avendo finoggi giuntemi esatte notizie ma bensì monche, ovvero poche soddisfacenti con tutta la stima mi sono deciso rivolgermi a lei subordinatamente per avere migliori schiarimenti.

Fiducioso sono che lor signoria vostra si voglia benesignare darmi esatte notizie della mia povera mamma; nel contempo le chiedo se posso ottenere un colloquio quando mi verrà dai miei superiori accordata una breve licenza.

La ringrazio anticipatamente del favore che la signoria vostra si compiacerà farmi. Accetta infiniti ossequi e rispettosì saluti. Devotissimo.

C. Virgilio

Sergente nel Reclusorio Militare di Gaeta

Le lettere sono scritte attraverso cui è gestita la relazione tra famiglia, paziente e istituzione, in un meccanismo di conferma reciproca che, in passato, ha articolato i meccanismi di funzionamento del potere psichiatrico nei territori. In questo senso, il ricorso a formule fisse – «distinta bontà», «signoria vostra» – mostra alcune caratteristiche specifiche di comunicazioni che, come ha scritto Fabre, sono «adressées»¹⁸, sono effettivamente indirizzate a chiamare in causa personalmente i depositari delle funzioni di controllo e amministrazione dei corpi e delle anime.

Nella corrispondenza si legge anche la preoccupazione e il desiderio che i familiari provavano in attesa di incontrare nuovamente i propri cari e di riportarli a casa. Sul retro della lettera del figlio di Lucia, una breve iscrizione accorda le condizioni per l'incontro tra i due, ricordando che la donna è addetta in quel momento alla cucina di Villa Massari.

A questi scambi raramente sembra fare da contrappunto la voce della paziente, sebbene nel dicembre nel 1898, alla fine del suo primo ricovero, la donna avesse scritto al direttore per esprimere i suoi sentimenti, memore di gentilezze ricevute.

Illustrissimo Direttore

Memore delle gentilezze ricevute in cotesto manicomio nel periodo in cui vi fui ricoverata sento il dovere di esprimerle i miei sentimenti per le cure speciali che mi hanno avuto.

Questo ricordo lo porterò meco sino alla tomba Pregando Iddio che possa presentarmi l'occasione di confermare questi miei sentimenti con fatti più che con parole. Prego di ricordarmi alla signora Direttrice e alla Signora Annunziata e Annetta per le quali sentirò sempre imperituro affetto ed amore. [...]

Sua Devota Serva

C. Lucia in C.

28 Dicembre 1898

¹⁸ D. Fabre (a cura di), *Per iscritto. Antropologia delle scritture quotidiane*, trad. it. di A. Iuso, Argo, Lecce 1998.

La destinazione finale di una cartella è l'esito di percorsi compiuti attraverso il complesso ospedaliero, l'accettazione, le infermerie, le scrivanie dei medici sino allo studio del direttore. Oltre al riconoscimento del volto dell'autorità – «Sua Devota Serva» –, le parole di Lucia lasciano intravedere diverse relazioni createsi durante i suoi periodi di internamento. Data anche la scarsità dei documenti presenti nella cartella, non possiamo sapere cosa questi legami abbiano potuto significare per la donna né se, in alcuni momenti, l'abbiano potuta aiutare a sopravvivere ad alcune delle violenze dell'istituzione totale. In alcuni passaggi accade però di poter scorgere frammenti di presenze riflesse e oggi, camminando fra gli edifici dismessi dell'ex ospedale, è possibile immaginare Lucia intenta a svolgere alcune delle sue attività quotidiane tra il guardaroba e la cucina dei reparti femminili.

3. Politiche della memoria e spazio pubblico

Quelli delle cartelle sono percorsi istituzionali in cui è possibile riconoscere un lavoro costante di selezione, circoscrizione e gestione politica della memoria¹⁹. Il sedimentarsi delle carte segnate dal passaggio delle persone attraverso l'ospedale psichiatrico, con il trascorrere degli anni, ha costruito cumuli di documenti rimasti a lungo in depositi, dove i fascicoli sono divenuti permeabili alle infiltrazioni ed alle precarie condizioni delle architetture, nel complessivo decadimento delle strutture sanitarie²⁰.

Nel corso del tempo, si sono susseguite azioni di recupero che hanno comportato spostamenti di materiale tra ambienti e locali con diverse funzioni. Il fondo archivistico, che ha protetto e celato la cartella di Lucia, prima di giungere all'attuale destinazione in Archivio di Stato, attraverso il lavoro di schedatura del progetto *Carte da legare*, ha avuto diverse dislocazioni. I documenti e i faldoni, dal padiglione Bonucci sono confluiti nell'antistante Villa Massari per essere successivamente custoditi nel Centro regionale umbro per la ricerca e la documentazione storico-psichiatrica, un luogo dedicato alla memoria e allo studio dei processi di deistituzionalizzazione, che tuttavia è stato dismesso dopo un travagliato periodo di crisi delle amministrazioni pubbliche e di tagli di budget decisi dalla azienda sanitaria locale. In una fase di disinteresse e distacco da parte della Provincia di Perugia, lo smantellamento di questa struttura ha portato al disperdersi del fondo librario e degli archivi in altre diverse istituzioni pubbliche. Nei locali al piano terra dello stabile ceduto al Comune, fino allo scorso anno, sarebbe stato possibile incontrare la sede del CaBs con cui collabora la nostra équipe di ricerca.

Nel momento in cui scriviamo il luogo è vuoto e sottoposto a lavori di restauro

¹⁹ J. Derrida, *Mal d'archivio. Un'impressione freudiana*, Filema, Napoli 1996.

²⁰ S. Salvo, *Il padiglione Bonucci. Storia e restauro di un monumento dimenticato dell'ex manicomio di Perugia*, Volumnia Editrice, Perugia 2010.

e consolidamento, in seguito a un incendio sulle cui cause non è ancora stata fatta chiarezza e che ha costretto il CaBs a trasferirsi in un'altra zona della città. Da questo resto architettonico dell'ex manicomio cominciavano solitamente gli spostamenti del camper dell'Uds, che la nostra etnografia continua a seguire oggi in città, accompagnando il lavoro di operatrici e operatori di prossimità. Qui le linee della nostra cartografia si sviluppano incrociando temi rilevanti per il confronto pubblico sulla storia delle istituzioni psichiatriche. La ricerca permette infatti di interrogarsi su forme consapevoli di rammemorazioni collettive di quanto accaduto in passato.

Con l'espressione «politiche della memoria» facciamo riferimento a due processi interconnessi nella storia della psichiatria e nelle politiche di tutela della salute mentale. Il primo riguarda le politiche della memoria come specifiche costruzioni sociali del passato che, attingendo alle memorie dei pazienti, vengono usate da diversi attori sociali per intervenire nelle dispute riguardanti la realtà delle memorie traumatiche²¹. Questo aspetto dei conflitti in campo psichiatrico si combina, per quanto concerne il lavoro sulle memorie sociali e gli archivi, con ciò che Johannes Fabian ha evidenziato nella tensione fra la «memoria collettiva», intesa come attività di preservazione e trasmissione di ricordi da parte di gruppi sociali specifici, spesso affermata come possesso in modo polemologico, e la «memoria pubblica», che si gioca in un'arena pubblicamente accessibile proclamandone l'apertura e favorendone la diffusione²².

Tenendo conto di tale arena conflittuale, operare nel dominio delle politiche della memoria significa anche condurre un'analisi critica delle dinamiche di emersione e sommersione di esistenze individuali in lotta per non rimanere – per così dire – impigliate nelle operazioni istituzionali che si svolgono fra il “pubblico” e una parte delle pratiche collettive di rimemorazione nel campo della salute mentale comunitaria.

Tali considerazioni ci portano a riflettere sulle sfide del fare salute nello spazio pubblico. Attraverso l'etnografia abbiamo infatti potuto cogliere alcune sfumature nel modo di lavorare dei differenti attori sociali che si muovono per produrre salute, tra luoghi che sono stati al centro della storia di deistituzionalizzazione e che si confrontano con i rischi di riproduzione di nuovi meccanismi di esclusione istituzionale. Sono operatori e operatrici che si muovono nel tentativo di tracciare percorsi di salute nella consapevolezza di dover agire attingendo a risorse informali in condizioni di carenza di risorse – con un ottimismo della pratica – per rispondere alle necessità delle persone più fragili, come mostra la storia di Musa. In questo senso, è

²¹ I. Hacking, *Memoro-politics, trauma and the soul*, in «History of the Human Sciences», 7 (1994), n. 2, pp. 29-52; I. Hacking, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Princeton 1995 (trad. it. di R. Rini, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, Feltrinelli, Milano 1996).

²² J. Fabian, *Memory against culture. Arguments and reminders*, Duke University Press, Durham-London 2007.

possibile fare riferimento alle indicazioni di Franco Basaglia per cercare di leggere le realtà sociali di cui ci occupiamo tenendo in considerazione il rapporto tra follia e miseria²³.

Lo scopo perseguito collaborativamente con gli attori sociali coinvolti in questa parte della ricerca S.E.L.F. è riflettere su come le traiettorie di attori ai margini possano trasformare gli spazi pubblici e, in tal modo, esplorare i processi di conservazione e dislocazione materiale delle memorie istituzionali e i modi di trasformarsi dei luoghi in cui sono state conservate. Alcune delle strutture dell'ex ospedale rimangono parzialmente dismesse, attraversate da tralci di edera e arbusti che ne hanno trasformato l'assetto. Camminando tra i "resti" delle archeologie delle istituzioni pensiamo a cosa potrebbe essere ricercato e creato con momenti di partecipazione pubblica in questi luoghi. Luoghi che hanno già ospitato assemblee e dibattiti volti a riflettere collettivamente sui percorsi di deistituzionalizzazione e sulle condizioni difficili che i servizi di salute stanno attraversando.

D'altra parte, i movimenti degli abitanti della città sono operazioni che orientano e temporalizzano lo spazio²⁴. In uno degli ex padiglioni dell'ospedale troviamo il centro linguistico d'Ateneo, un luogo dove risuonano le differenti lingue e modi di esprimersi di diversi paesi del mondo. Alcune associazioni hanno iniziato ad utilizzare le aree esterne per esibizioni di gruppi musicali ed iniziative artistiche e culturali aperte alla città. Modi differenti di vivere gli spazi che, attraverso l'incontro performativo di scritture, musica e arti, producono nuovi enunciati²⁵ e contribuiscono a trovare forme espressive per raccontare – con delicatezza, attenzione e sfumature – storie di fragilità e di sofferenza, come quelle che la nostra etnografia incontra.

²³ L'atto di istituire il *sociale* come area delle politiche di welfare urbano, attraverso la classificazione di molteplici manifestazioni della vita in strada, è connesso con le operazioni di ordinamento delle prese in carico da parte dei servizi, tra *sociale* e *sanitario*. In questa zona, regolata da condizioni di normatività e limiti all'osservazione, ancora oggi è possibile intercettare i potenziali (anche trasformativi o critici) di quel che fluttua in una lunga durata nell'area semantica della follia, quando povertà e malattia permangono dentro uno spazio indistinto. In questo senso, accogliendo le indicazioni di Franco Basaglia, è oggi necessario «collocarci» nei luoghi in cui la follia è parte della miseria e da essa indistinguibile, per porre nuovi interrogativi: F. Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffello Cortina Editore, Milano 2000 (I ed. 1984), p. 35; F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Follia/delirio*, in F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982, pp. 119-154, p. 128.

²⁴ M. de Certeau, *L'invention du quotidien, vol. 1, Arts de faire*, Union générale d'éditions, Paris 1980 (trad. it. di M. Baccianini, *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma 2001, p. 177).

²⁵ Si tratta di enunciati costituiti da concrete azioni di soggetti storici e molteplici esecuzioni dello spazio come luogo praticato, che da un lato sfidano il potente effetto di localizzazione, stabilizzazione e univocità operato dagli archivi istituzionali, dall'altro rendono percepibile la dimensione esistenziale dei "territori vissuti", fondamentale per immaginare nuovi usi collettivi degli spazi pubblici in trasformazione delle città.

V. IL MANICOMIO TRA SPETTACOLO, DISMISSIONE E MEMORIA SCOMODA

«Vedere con gli occhi propri i più ridicolosi soggetti»: la visita del manicomio nell'immaginario letterario rinascimentale e oggi

Giovanni Vito Distefano

Attorno alla metà del XVI secolo si inaugura a Roma il primo ospedale destinato al ricovero dei matti. I suoi *Statuti*, approvati nel 1563, delineano i contorni di un'opera pia, frutto di una caritatevole ispirazione religiosa. Poco più di settant'anni dopo, l'istituto va incontro a una generale riorganizzazione, precisata da un nuovo documento normativo. Le *Regole* emanate nel 1635 dal cardinale Francesco Barberini, appositamente incaricato dalla Curia, sanciscono una radicale rifondazione: da libero esercizio di carità cristiana, il commercio con i pazzi diviene l'oggetto specifico di procedure ben definite e controllabili di gestione totale della popolazione internata, nell'ambito di una globale strategia di governo e controllo della complessità sociale¹. Il caso dell'ospedale romano di Santa Maria della Pietà è emblematico del cambiamento di paradigma che tra la fine del XVI secolo e l'inizio del successivo ha condotto all'affermazione di una concezione prettamente asilare del trattamento sociale della follia.

Sul versante della produzione letteraria, pertiene a questa temperie culturale *L'ospidale de' pazzi incurabili* pubblicato nel 1586 da Tomaso Garzoni, enciclopedista e poligrafo ravennate di buona fama nell'ultimo scorcio del XVI secolo e per gran parte del secolo seguente. Il trattato intende fornire una raccolta enciclopedica delle molteplici facce della pazzia e Garzoni apparcchia a questo fine un esorbitante catalogo di personaggi mitologici, antichi, moderni, dalle origini disparate². A caratterizzare la

¹ A. Giannelli, *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Tipografia Cecchini, Roma 1905; A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, A. Iaria (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Dedalo, Roma 1994; L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003, pp. 19-54; V. Fiorino, *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà. Il profilo istituzionale e sociale (1548-1919)*, in «Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée», CXVI (2004), n. 2, pp. 831-881.

² Dedotte per lo più, secondo l'*usus scribendi* comune nella trattatistica dell'epoca, da *polyanteae* e ragguagli enciclopedici approntati a questo scopo, di amplissima circolazione al tempo. Nel caso de *L'ospidale de' pazzi incurabili*, Paolo Cherchi ha mostrato come la maggior parte degli esempi di pazzia provengano da Joannes Ravisius Textor, *Theatrum poeticum sive officina*, 1520 (con numerose edizioni successive): cfr. l'edizione de *L'ospidale* curata da Cherchi in T. Garzoni, *Opere*, Longo, Ravenna 1994, *passim*.

sua opera è però soprattutto una decisiva innovazione, indotta dalla pratica, piuttosto consueta nel Cinquecento³, di ricorrere a forme metaforiche di spazializzazione e ordinamento del discorso: i “matti” che affollano il trattato sono raffigurati all’interno di un immaginario manicomio *ante literam*, dotato di celle diversificate a seconda della forma di pazzia attribuita ai rispettivi “ospiti”. Garzoni perviene in questo modo a una prefigurazione immaginifica di un ospedale destinato all’internamento dei folli, che si distingue per la sua altezza cronologica, in anticipo sulla diffusione storica degli istituti asilari, e che sarà destinata a un amplissimo successo editoriale e a una vasta eco nella letteratura europea fino a buona parte del Seicento⁴.

L’*Ospedale* di Garzoni ha una struttura simmetrica, formata da due ali, una maschile e una femminile, contenenti ciascuna ventinove celle. Il disegno architettonico veicola una classificazione pseudo-enciclopedica delle diverse forme di follia, nella quale denominazioni piane e pseudo-scientifiche si alternano ad altre fantasiose e bizzarre: così insieme ai più canonici «pazzi frenetici e deliri», «maninconici» e «d’amore», si ritrovano i «matti turlurù», i «pazzi dispettosi o da tarocco», i «pelati» (nel senso di manescamente puniti), e così di seguito. Alle due sezioni, maschile e femminile, pertiene lo stesso ordinamento classificatorio (salvo qualche spostamento in questa sede trascurabile) ma uno sviluppo discorsivo molto diverso.

La parte centrale e quantitativamente più consistente del trattato è costituita da trenta discorsi dedicati, dopo il *Discorso I* di tenore introduttivo, a ciascuno dei ventinove tipi di matti individuati da Garzoni: di ogni tipologia viene fornita una definizione sintetica, esemplificata poi da una serie di lunghezza variabile di esempi, aneddoti, casi emblematici, con personaggi rigorosamente maschili – tranne pochissime eccezioni. In coda al trentesimo discorso l’autore aggiunge un capitolo dedicato all’ala femminile dell’ospedale, intitolato *Ragionamento dell’autore a’ spettatori sopra quella parte dell’ospedale che contien le femine, ove gentilmente dipinge tutte le specie di pazzia sopradette ritrovarsi in loro*. La sezione femminile si offre come una sorta di ricapitolazione dell’intera trattazione, ripercorsa una seconda volta in forma condensata, con una sola rappresentante per ogni tipo di follia e uno stile più concentrato e meno divagante.

Coerentemente con l’origine essenzialmente retorica dell’invenzione garzoniana, il suo *Ospedale de’ pazzi incurabili* si presenta come un dispositivo funzionale a mostrare ed esibire, non meno di quanto sia atto a segregare e recludere. Una forte tensione verso la visualizzazione permea l’intera trattazione, come emerge da alcuni segnali convergenti. Uno dei più espliciti compare nel titolo, appena citato, del capitolo

³ Cfr. L. Bolzoni, *La stanza della memoria. Modelli letterari e iconografici nell’età della stampa*, Einaudi, Torino 1995.

⁴ Cfr. G.V. Distefano, *Alle origini letterarie del manicomio. L’Ospedale de’ pazzi incurabili di Tomaso Garzoni*, Longo, Ravenna 2025, in particolare il quarto capitolo *Per un’archeologia della tradizione letteraria del manicomio*, pp. 105-138.

relativo alla sezione femminile ed è il fatto che nel testo i lettori sono ripetutamente chiamati in causa con il nome di «spettatori». La metafora è adoperata con effettiva coerenza. Nel corso del trattato Garzoni dispiega infatti una spietata spettacolarizzazione della follia: reali o immaginari, antichi o moderni, celebri o sconosciuti, i matti che affollano l'*Ospedale* sono esibiti come le attrazioni di una fiera o gli articoli animati di un museo del mostruoso. Ammassati in lunghi elenchi, sì da sfruttare retoricamente l'effetto vertiginoso e moltiplicante dell'accumulo, sono presentati in modo da stupire e divertire, scandalizzare e generare ribrezzo, e soprattutto sì da evitare categoricamente di suscitare alcuna forma di empatia, né di favorire in nessun modo una percezione che renda meno netto il discrimine tra malattia e salute, regolarità e irregolarità, follia e ragione.

Il procedere della trattazione assume i lineamenti di un'inedita – per l'epoca – visita guidata offerta ai lettori-spettatori. Si comincia nel prologo, dove l'autore veste i panni comici di un imbonitore da fiera di paese per annunciare il «non picciol diletto e piacere» che i lettori-spettatori potranno prendere «dall'inaudite e insolite pazzie che qua dentro si scopriranno»⁵. Di fronte a tali premesse,

chi vuole entrare a questi spassi pagará almeno una da vinti per sua parte, perché questa non è comedia da due gazette, né la squarquerata triviale di Gradella, che si dona per le piazze per antipasto delle balle di macaleppo. La prima cosa che si mostrará sarà un monstro di più teste che farà stupire ognuno con la sua difformità; [...] e poi di mano in mano si farà vedere il palazzo della fatta Alcina a camera per camera pieno di gente incantata nel cervello [...], dove che tra risi e maraviglie ognun s'alleggerà d'averci speso i vinti soldi, partendo sodisfatto dall'auttore⁶.

Alla promessa di un irresistibile intrattenimento crasso e voyeuristico corrisponde una parossistica deformazione degradante degli internati. I due aspetti congiunti – spettacolarizzazione e abbassamento – si possono ad esempio osservare nel seguente passo del *Prologo*, dove compare l'associazione metaforica tra i matti e gli animali, che sarà ricorrente nel testo: «gli onorati spettatori avran sollazzo e trastullo a mirar la stolta prosopopea di queste oche selvatiche»⁷.

Il senso di un'esibizione compiaciuta e priva di remore raggiunge l'apice nella sezione femminile, connotata da una forte enfattizzazione della componente voyeuristica, in relazione alla carica morbosa della nudità femminile, e da una marcata ocularizzazione della rappresentazione, resa possibile dalla maggiore consistenza dei dettagli architettonico. Ecco come il narratore-guida sollecita l'attenzione dei lettori-visitatori:

⁵ T. Garzoni, *L'ospedale de' pazzi incurabili*, a cura di S. Barelli, Antenore, Roma-Padova 2004, p. 13 (*Prologo*, par. 7).

⁶ *Ivi*, pp. 13-14 (*Prologo*, parr. 8-9).

⁷ *Ivi*, p. 13 (*Prologo*, par. 7).

State di grazia con gli occhi impiegati verso quella parte ch'io v'accenno, e drizzate lo sguardo qua da man sinistra, dove si vede quella tirata lunga di camere [...] che tutte quelle son le celle appropriate alle femine pazze, le quali non è poco favore a poter con bell'agio rimirare, essendo il solito che a rari e di raro si mostrano per la vergogna del sesso, la più parte ignudo come vedete⁸.

Seguendo l'invito a spostarsi lungo il corridoio dell'ospedale, lo sguardo dei lettori-visitatori assume la fisionomia di uno "spiare", dall'esterno, dentro una successione di spazi chiusi, le celle, connotati pur nella circostanza del ricovero manicomiale dagli attributi simbolici proprio di un luogo intimo e privato. Un'irruzione scopica che si impone, quando non proprio "dalla serratura", in sprezzante violazione di quella intimità:

Ma di grazia affacciatevi un poco più oltre, e mirate quella cella c'ha la porta aperta, ove colei c'ha quel cossino da banda, e la sportella col reve e con la seta da cucire, lasciata la debita impresa, con quella agucchia in mano va trafiggendo mosche e ragni, in cambio di lavorare nella tela⁹.

E si veda ancora, poco più avanti, la reazione inane di «una certa femminella chiamata da tutti Lucietta da Sutri», la quale, «subito che v'ha visto mirar nella sua cella, s'è ascosa dietro a quella zangola e s'ha tirato la schiavina e 'l capezzale addosso»¹⁰.

Attuare un'esibizione degradante e deformante dei folli e delle folli è una funzione essenziale dell'ospedale inventato da Garzoni poiché essa pertiene al fondamentale scopo polemico del trattato: intervenire nel dibattito culturale del tempo per apparecchiare un'inoppugnabile di-mostrazione della fallacia delle tesi esposte da Erasmo da Rotterdam nel suo *Elogio della Follia*. In piena epoca controriformistica, in un contesto nel quale l'umanista olandese era additato tra gli eretici più pericolosi, controbattere alla raffinata disamina filosofica con la quale Erasmo aveva sostenuto la vera follia di ciò che è considerato ragionevole e la vera sapienza di ciò che comunemente è tacciato di follia costituiva un'impresa promettente per uno scrittore che da vero intellettuale di regime si riprometteva di soffiare sulla polemica per guadagnarvi meriti e consensi¹¹.

Disposti in celle che con disinvoltura simulano una classificazione tipologica dagli incerti termini concettuali, ma sono perfettamente congeniali al procedere irriverente e divertito dello sguardo dei visitatori-lettori, i folli dell'ospedale garzoniano sfumano in mere figure dell'argomentazione, fin quasi a perdere effettiva consisten-

⁸ *Ivi*, p. 166 (*Ragionamento*, par. 2).

⁹ *Ivi*, p. 168 (*Ragionamento*, par. 5).

¹⁰ *Ivi*, p. 180 (*Ragionamento*, par. 8).

¹¹ Cfr. G.V. Distefano, *cit.*, pp. 19-20, 33-42, per una sintesi del dibattito critico in merito.

za referenziale. Ciò può accadere senza compromettere la riuscita del trattato perché né la rappresentazione degli internati né quella dei trattamenti ai quali sono sottoposti costituiscono il *focus* dell'opera. Il suo vero *target*, escluso da una visualizzazione esplicita ma sempre presente sulla scena dell'*Ospedale*, sono i visitatori-lettori, i quali devono uscire dalla loro visita-lettura rafforzati nel convincimento ideologico e umorale di quanto la follia, qualunque cosa essa davvero sia, sia una condizione esecrabile, da ridicolizzare, forse da temere, certo non passibile di "elogio" alcuno¹².

Perseguendo finalità polemiche pertinenti al suo specifico contesto storico-culturale, con l'*Ospedale* Garzoni forgia un concetto architettonico capace di penetrare diffusamente entro l'immaginario culturale del suo tempo, come dimostra il successo del trattato, e disponibile a divenire un elemento chiave di quell'insieme di concetti, pratiche, strumenti di controllo sociale, paradigmi, nel quale andava consolidandosi la concezione moderna della follia. Il suo *Ospedale* si dimostra cioè una forma congeniale ai nuovi significati incombenti all'orizzonte della storia, quelli di un trattamento coercitivo e disciplinante della follia, da attuare secondo procedure standardizzate e oggettivanti di classificazione e reclusione dei pazzi. È una dimostrazione di come la letteratura – anche quella compromessa con la propaganda e attestata su posizioni di retroguardia politico-culturale – sia in grado non solo di seguire la storia, o la realtà, ma di anticiparle, avanzando soluzioni immaginarie a contraddizioni reali¹³, forme innovative che potranno nel corso del tempo rivelarsi adeguate per significare nuove porzioni di realtà.

Le attestazioni storiche della visita guidata all'ospedale dei matti offrono ulteriori esempi di questo tipo di rapporto tra invenzione letteraria e storia, dove la prima precede, con le sue ragioni e i suoi scopi, e la seconda segue e ne è in varia misura condizionata. È un fatto ben noto, in seguito agli studi di Robert Reed e soprattutto alla loro eco in Michel Foucault, come attorno al XVIII secolo fosse una pratica ampiamente diffusa la visita a Bedlam, celebre ospedale dei matti della città di Londra, con decine di migliaia di ingressi all'anno¹⁴. Carol T. Neely

¹² Cfr. P. Cherchi, *Enciclopedia e politica della riscrittura: Tommaso Garzoni*, Pacini, Pisa 1980, pp. 90-91: «esorcizzare la Pazzia, affinché di essa non si scriva più elogio alcuno».

¹³ Cfr. F. Jameson, *The political unconscious. Narrative as a socially symbolic act*, Routledge, London-New York 2002 (I ed. 1981), p. 62. *Ivi*, p. 64: «ideology is not something which informs or invests symbolic production; rather the aesthetic act is itself ideological, and the production of aesthetic or narrative form is to be seen as an ideological act in its own right, with the function of inventing imaginary or formal "solutions" to unresolvable social contradictions».

¹⁴ Cfr. R.R. Reed, *Bedlam on the Jacobean stage*, Harvard University Press, Cambridge 1952, p. 25: «In estimating the extent of Bethlehem's popularity as an amusement center, we must consider the fact that during the eighteenth century, if not at a much earlier date, the income from public admissions was one of the major sources of the hospital's revenues [...]: "The hospital used formerly to derive a revenue of at least £400 a year from the indiscriminate admission of visitants". This, of course, would mean that 96,000 persons at a penny apiece visited the hospital annually»; analogamente in M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris 1972, pp. 161-163.

ha mostrato come l'idea di esibire a pagamento i folli internati nell'ospedale sia stata fortemente influenzata dal successo riscosso nei primi decenni del Seicento dai cosiddetti *Bedlam plays*¹⁵. Si tratta di un gruppo di opere teatrali accomunate dal fatto di ambientare per la prima volta in Inghilterra alcune scene, le più salienti, all'interno di un ospedale dei matti¹⁶. Secondo la ricostruzione della studiosa, tale scelta era motivata da ragioni prettamente metateatrali, ovvero dal tentativo di evitare le critiche di immoralità alle quali le opere teatrali erano costantemente esposte, senza però rinunciare alle scene salaci e inverosimili sulle quali maggiormente si appuntavano le censure critiche, ma che erano un ingrediente irrinunciabile della loro popolarità. La soluzione introdotta nei *Bedlam plays* era quella di ambientare tali scene in uno spazio "altro", eterotopico, connotato in modo da rendere più accettabili le azioni lì ambientate. Il successo teatrale dei *Bedlam plays* ha poi favorito l'idea che i folli di Bedlam potessero, se adeguatamente esibiti, costituire un soggetto interessante e remunerativo: da qui la pratica della visita a pagamento dell'ospedale, attestata con sicurezza a partire dalla seconda metà del Seicento¹⁷.

In contesti storici differenti la visibilità degli spazi manicomiali acquisisce un diverso valore. Nel corso dell'Ottocento e del Novecento, di fronte al compiuto perfezionamento in senso reclusivo degli istituti psichiatrici, l'impenetrabilità allo sguardo pubblico dei luoghi adibiti all'internamento dei matti ha costituito una delle principali leve del potere psichiatrico. Di conseguenza, la visibilità degli spazi asilari e degli internati – oscena in Garzoni e a Bedlam – è stata, comprensibilmente, un'obiettivo primario dei movimenti di lotta per la liberazione dal manicomio. In queste circostanze l'interazione tra invenzione letteraria e sviluppi storici appare segnata, invece che dalla dinamica di anticipazioni e risemantizzazioni fin qui osservata, da una netta separazione fra la funzione degli oggetti finzionali e quella dei corrispettivi reali, con "compiti" complementari: i manicomi d'invenzione, raffigurati, descritti, narrati o portati sulla scena "mostrano", al fine di veicolare una "certa" rappresentazione, ideologicamente connotata, di ciò che i manicomi reali "nascondono".

¹⁵ Cfr. C.T. Neely, *Distracted subjects. Madness and gender in Shakespeare and early modern culture*, Cornell University Press, New York 2004, pp. 199-205.

¹⁶ T. Dekker, *The Honest Whore* (1604); T. Dekker, J. Webster, *Northward Ho!* (1605); J. Webster, *The Duchess of Malfi* (1614); J. Fletcher, *The Pilgrim* (1621); T. Middleton, W. Rowley, *The Changeling* (1622). Cfr. J. Fuzier, *L'hôpital des fous. Variations européennes sur un thème socio-littéraire de la fin de la Renaissance*, in J.L. Fleckniakoska (a cura di), *Hommage à Jean-Louis Fleckniakoska*, 2 voll., Université Paul Valéry, Montpellier 1980, vol. I, pp. 157-184.

¹⁷ Cfr. C.T. Neely, *op. cit.*, p. 203: «The Bedlam scenes in Jacobean drama first initiate and disseminate emergent ideas of Bethlem as a place of comic spectacle where caricatured madpersons are visited for amusement. They perhaps encouraged the practice, which seems to have increased after their representations».

Infine, nell'epoca contemporanea della deistituzionalizzazione del sistema manicomiale, i due termini di questa contrapposizione, tra finzionale che mostra e reale che nasconde, si ritrovano sovrapposti e come cortocircuitati nel processo storico della musealizzazione degli ospedali psichiatrici dismessi. Qualcosa di reale, storico, concreto – l'edificio carico di memoria storica – diviene (anche) oggetto d'invenzione, ovvero si trasforma in «narrazione», per usare l'etichetta proposta nel 2011 da Studio Azzurro¹⁸, gruppo di ricerca artistica al quale è stata affidata la realizzazione del Museo Laboratorio della Mente sorto nel sesto padiglione dell'ex ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà a Roma.

Circolarmente, il percorso di questo breve contributo si chiude sull'(ex) ospedale romano dal quale aveva tratto le sue premesse. Come la parola "Laboratorio" vuole enfatizzare, la proposta di Studio Azzurro e della Asl Roma 1 si basa su una strategia mediatica di tipo immersivo ed esperienziale: al *Museo Laboratorio della Mente* non si va a vedere ma a sperimentare, toccare, dialogare, in un'esperienza singolare e irripetibile perché risultante dall'interazione tra gli *input* multimediali delle installazioni e le singolarità dei soggetti che le esperiscono, ciascuno con la sua personalità, la sua storia personale, la sua sensibilità¹⁹. Il paradigma esperienziale promette di essere un'efficace alternativa all'esibizione, esente dalle pericolose ambivalenze della visibilità e del mostrare.

Non per questo appaiono tuttavia univocamente risolte, almeno nella fase attuale di meritoria sperimentazione, tutte le questioni connesse alla rappresentazione della realtà manicomiale. L'ospedale psichiatrico esercita una funzione – che la deistituzionalizzazione non cessa ma impone semmai di aggiornare – non soltanto nei confronti degli internati sottoposti alla sua giurisdizione ma verso la società nel suo complesso. Già ne *L'ospedale de' matti incurabili* di Garzoni, come si è osservato, il vero *target* è costituito dai visitatori-lettori, compendio dell'intera cittadinanza. Al pubblico generalizzato dei cittadini, quando lo leggano in un libro o lo osservino rappresentato in un altro oggetto culturale o quando lo scrutino da dietro un alto muro di cinta ai bordi delle loro città, l'ospedale dei matti rivolge il suo monito irrecusabile, l'invito silenzioso ma vincolante a tenere la follia in debita considerazione e a farlo in un certo modo, entro determinati termini di pensiero.

In che modo le recenti proposte di medializzazione immersiva e interattiva assolvono a questa decisiva funzione simbolica del manicomio? Stante l'irripetibilità e l'indeterminatezza proprie della medialità esperienziale, con quali retoriche, for-

¹⁸ Cfr. F. Cirifino, P. Rosa, E. Giardina Papa (a cura di), *Musei di narrazione. Percorsi interattivi e affreschi multimediali*, Silvana Editoriale, Milano 2011.

¹⁹ Cfr. <https://www.museodellamente.it> (ultimo accesso 19/07/2025); V. Fusco *et alii*, *Contro l'invisibilità un museo di narrazione: il Museo Laboratorio della Mente*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXXXVII (2013), n. 2, pp. 51-62; M. Guglielmi, *Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica*, in «Scritture Migranti», 13 (2019), pp. 177-204; <https://doi.org/10.6092/issn.2035-7141/12002> (ult. cons. 16/07/2025).

se implicite, le proposte immersive possono assicurare la comunicazione efficace di una idea definita di follia e alienazione mentale? Oppure esse optano invece per una deliberata rinuncia – consapevole e forse persino responsabile – al compito di articolare una proposta ideologicamente connotata? Nuove sfide impegnano chi voglia investigare e valorizzare l'immaginario manicomiale.

Memorie di un progetto incompiuto per sopravvenuta libertà. La vicenda del piano Bellavitis e Valle per l'ospedale psichiatrico di Trieste

Giuseppina Scavuzzo

1. Il contesto: relazioni personali, confronti e precedenti

Per comprendere appieno le premesse e lo sviluppo del progetto – rimasto incompiuto – di riordino dell'ospedale psichiatrico di Trieste, affidato nel 1971 allo Studio Architetti Bellavitis & Valle di Venezia, è opportuno innanzitutto delineare i protagonisti di questa esperienza e le relazioni personali che li legano. Lo psichiatra Franco Basaglia, la moglie Franca Ongaro e gli architetti Giorgio Bellavitis e Nani Valle¹ appartengono, infatti, alla stessa generazione veneziana e si conoscevano da tempo, ben prima dell'inizio dell'esperienza triestina².

La conoscenza tra Giorgio Bellavitis e Franco Basaglia risale all'adolescenza a Venezia e alla comune esperienza antifascista. Giorgio Bellavitis è un giovanissimo partigiano col nome di battaglia Walt Disney, scelto per la passione per i fumetti. Nel 1943 viene arrestato insieme all'amico giornalista, scrittore e anche lui fumettista, Alberto Ongaro, fratello di Franca Ongaro Basaglia. Dopo la guerra, Bellavitis lavora come illustratore, sempre in collaborazione con Alberto Ongaro e Hugo Pratt³. Si laurea all'Istituto universitario di Architettura di Venezia (Iuav) nel 1965 e intraprende l'attività di architetto fondando con la moglie Nani Valle, lo Studio Architetti Bellavitis & Valle⁴. Fernanda Valle, conosciuta come Nani, si laurea in Architettura a Venezia nel 1951 ed entra a far parte dello Studio Architetti Valle di Udine con il padre Provino e il più famoso fratello Gino. Con lo studio di famiglia

¹ B. Pastor, A. Bellavitis (a cura di), *Architettura e impegno civile a Venezia. Nani Valle e Giorgio Bellavitis*, Sparc, Venezia 2022.

² G. Scavuzzo, *La casa per i matti e la casa per lo psichiatra che li ha liberati. La collaborazione di Nani Valle e Giorgio Bellavitis con Franco Basaglia e Franca Ongaro*, in «La rivista di Engramma (open access)», 226 (2025): https://www.engramma.it/eOS/index.php?id_articolo=6079 (ult. cons. 11/08/2025).

³ N.M. Filippini, *Giorgio Bellavitis. Intervista di Nadia Maria Filippini*, in G. Albanese, M. Borghi (a cura di), *Memoria resistente. La lotta partigiana a Venezia e provincia nel ricordo dei protagonisti*, Iveser-Nuova Dimensione, Portogruaro 2005, pp. 807-817: <https://www.iveser.it/wp-content/uploads/2020/04/Giorgio-Bellavitis.pdf> (ult. cons. 11/08/2025).

⁴ G. Bellavitis, *Giorgio Bellavitis architetto: ricerche, scoperte e riflessioni civili*, Marsilio-Skira, Milano 2011.

svolge un'intensa attività di progettazione in Friuli. Nel 1959 intraprende la carriera universitaria che proseguirà presso lo Iuav dove diviene, nel 1981, professoressa ordinaria in Composizione architettonica e urbana⁵.

Le due coppie, formate la prima da Franco Basaglia e Franca Ongaro, e la seconda da Giorgio Bellavitis e Nani Valle, sono legate da un rapporto di amicizia che affonda le sue radici nella giovinezza e che, nel tempo, si traduce anche in una collaborazione professionale: nel 1964, infatti, i due architetti progettano per i coniugi Basaglia una residenza a San Martino di Castrozza. Questo legame personale si configura come terreno fertile per un dialogo intellettuale ancora poco indagato ma che costituisce uno dei più significativi esempi di confronto interdisciplinare tra architettura e psichiatria in Italia.

Lo Studio Bellavitis & Valle lavora prevalentemente a Venezia, soprattutto sui temi del restauro, del recupero e della tutela della città lagunare, in un'attività intensa che li vede anche impegnati al fianco di istituzioni come l'Unesco e l'associazione Italia Nostra.

L'attività di progettazione e di ricerca intorno al tema della salute e delle strutture ospedaliere impegna per prima Nani Valle, già durante il periodo di attività nello Studio Architetti Valle. Con il padre Provino e il fratello Gino realizza, nel 1955, il progetto per l'ospedale civile provinciale di Portogruaro di cui, nel 1966, lo stesso gruppo di architetti progetta l'ampliamento. Nel 1967, conduce una ricerca commissionata dal Consiglio nazionale delle ricerche sugli organismi ospedalieri. Nello stesso anno partecipa al concorso nazionale di progettazione, a inviti, per il nuovo ospedale civile della Provincia di Venezia, a Mirano, con Gino Valle (capogruppo), Giorgio Bellavitis e altri, e al concorso nazionale per il progetto del nuovo ospedale psichiatrico della Provincia di Venezia, sempre a Mirano, con Bellavitis (capogruppo) e altri.

Il progetto per Mirano costituisce un precedente importante rispetto all'attività che Bellavitis e Valle svolgeranno a Trieste.

Quello per l'ospedale psichiatrico di Mirano è un concorso singolare, uno degli ultimi banditi in Italia per la progettazione di una tipologia architettonica che sarebbe stata definitivamente superata con l'approvazione della legge n. 180 del 1978, che recita:

Le regioni e le province autonome [...] programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici [...] È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali⁶.

⁵ S. Maffioletti (a cura di), *La concretezza sperimentale. L'opera di Nani Valle*, Il poligrafo, Padova 2016.

⁶ Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, art. 7 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s; ult. cons. 11/08/2025>).

Sebbene manchino ancora dieci anni alla sua abrogazione formale, già a metà degli anni Sessanta sono evidenti i segnali di crisi dell'istituzione manicomiale. Il bando del 1964, promosso dalla Provincia di Venezia, propone un modello di organizzazione della cura psichiatrica fortemente centralizzato, che risulta già in fase di revisione, sia sul piano culturale sia, a breve, su quello normativo.

A pochi mesi dalla pubblicazione del concorso, infatti, la legge n. 431 del marzo 1968 – una delle due leggi ospedaliere note come Leggi Mariotti –, oltre a liberalizzare parzialmente il regime di ricovero, avrebbe introdotto i centri di igiene mentale, segnando un'importante svolta verso un sistema di assistenza psichiatrica territoriale e alternativa al modello ospedaliero tradizionale. La stessa legge mirava inoltre a migliorare le condizioni all'interno degli ospedali psichiatrici, stabilendo limiti al numero di posti letto e imponendo un miglior rapporto tra degenti e personale. In questo contesto, il progetto richiesto dalla Provincia di Venezia rappresenta un anacronismo.

È verosimile sia questa contraddizione a motivare la decisione di non assegnare il primo premio e, successivamente, l'abbandono dell'intero programma edilizio da parte dell'ente promotore.

Al concorso di progettazione partecipano, tuttavia, molti importanti architetti italiani, tra cui Carlo Aymonino, Costantino Dardi, Iginio Cappai e Pietro Mainardis, Sergio Lenci. Quest'ultimo è l'autore del progetto per il carcere di Rebibbia e di altre case circondariali e sarà vittima, nel 1980, di un attentato da parte del gruppo terrorista Prima Linea. Secondo i terroristi, l'architetto sarebbe stato colpevole di ridurre il potenziale rivoluzionario dei detenuti prevedendo per loro migliori condizioni di vita. Questo evento drammatico, pur esterno alla vicenda dell'ospedale, è indicativo del ruolo che gli architetti, tra gli anni Sessanta e i primi anni Ottanta, assumono nella relazione, spesso problematica, con la politica e le istituzioni. All'architettura viene riconosciuta, nel bene e nel male, una rilevante responsabilità civile, sociale e politica. A questo proposito e per definire il contesto in cui si colloca la vicenda del piano per l'ospedale di Trieste, è utile citare il numero monografico che la rivista edita dal Politecnico di Milano, «Hinterland», dedica nel 1978 alla questione *Segregazione e corpo sociale*⁷. Il fascicolo affronta il ruolo dell'architettura e le sue responsabilità – significativo il titolo dell'editoriale del direttore Guido Canella *Sull'imputazione dell'architettura* – rispetto a quattro ambiti emblematici: il carcere, l'ospedale psichiatrico, gli istituti per anziani e le strutture per le persone con disabilità. La rivista interroga il ruolo degli spazi istituzionali nella riproduzione di pratiche di segregazione e marginalizzazione e include un'intervista a Franco Basaglia, corredata da immagini delle trasformazioni in atto nell'ospedale psichiatrico di Trieste.

⁷ G. Canella (a cura di), *Segregazione e corpo sociale*, in «Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio», I (1978), n. 3.

2. Il concorso per l'ospedale psichiatrico provinciale di Venezia

Pur non essendo proclamato un progetto vincitore del concorso del 1967, viene assegnato un secondo posto al progetto degli architetti Meo, Cappai, Mainardis e Gambirasio, e cinque menzioni. Uno dei progetti menzionati è la proposta di Bellavitis & Valle, identificata dal motto «Conto aperto».

Dalla relazione di progetto⁸ emerge non solo una conoscenza delle tipologie degli istituti di cura psichiatrica – nella ricerca di Nani Valle per il Cnr si fa riferimento a diversi casi studio di strutture per la cura delle malattie mentali – ma soprattutto la consapevolezza del dibattito che, in quel momento, stava mettendo in discussione quelle tipologie. Una consapevolezza non così presente in altre proposte e che pare frutto diretto del dialogo con Franco Basaglia. Sembra di cogliere un'eco del pensiero basagliano fin dalle parole introduttive con cui Nani Valle presenta il progetto:

Crediamo che, se un ospedale psichiatrico debba essere progettato, all'architetto competa soprattutto l'obbligo di suggerire una atmosfera radicalmente non gerarchica [...]. Poiché l'ospedale psichiatrico risulta interessato soprattutto dalle due componenti medico-specialistica e sociale, che ne hanno accompagnato la nascita, la formazione e oggi la crisi, riteniamo che una posizione che decisamente riduca i termini del problema alla ricostituzione dei rapporti interpersonali fra tutti i membri, curati e curanti, della comunità ospitata sia la unica umanamente accettabile e legittima⁹.

La soluzione proposta dagli architetti veneziani non prevede padiglioni isolati ma un edificio continuo, «un grande guscio alla debole comunità situata ai margini del paese di Mirano». Nel tentativo di compensare o invertire questa marginalità, il progetto cerca di conferire al complesso «un peso urbano»:

Abbiamo cercato di rendere il sistema non genericamente aperto verso un “esterno” mitico, dato dal verde o dal piatto, lontano, orizzonte; ma concretamente penetrato da un vettore di traffico che coincide con la geometria stessa del sistema progettato¹⁰.

La struttura è infatti attraversata da un asse di distribuzione a due livelli. Quello inferiore carrabile, con parcheggi e scale che portano al piano superiore: «L'asse superiore pedonale, sgravato dal problema del trasporti leggero o pesante, risulta

⁸ Bozza della relazione di progetto per l'ospedale Psichiatrico di Mirano, in Archivio progetti Iuav, Venezia, *Fondo Bellavitis e Valle* (Iuav, FBV), in corso di ordinamento (https://cataloghidedicati.iuav.it/it/ricerca/dettaglio/A_674042/; ult. cons. 11/07/2025).

⁹ *Ivi*, dossier per l'esame di abilitazione alla libera docenza in elementi di composizione di Fernanda Valle Bellavitis, 1969, scheda 5.18.

¹⁰ *Ibidem*.

destinato esclusivamente al movimento volontario interno dei membri della Comunità ospedaliera»¹¹.

Il progetto cerca di affrontare in modo diretto la contraddizione di dover progettare ancora un ospedale psichiatrico e nuovamente ai margini della città. La strada che attraversa il complesso non riesce, tuttavia, a conferirgli un reale carattere urbano. Il «guscio» ideato dai progettisti intende proteggere e definire una comunità ma finisce per ricordare l'immagine di una nuova «nave dei folli». Il motto del progetto, «Conto aperto», sembra alludere a un debito non ancora saldato tra architettura e salute mentale.

Alcune preoccupazioni espresse nella relazione progettuale sembrano in sintonia con le riflessioni di Basaglia, manifestate anche nella relazione redatta per la «Commissione di studio per l'aggiornamento delle vigenti istruzioni per le costruzioni ospedaliere», in cui lo psichiatra veneziano entra a far parte nel 1967 su invito del Ministero della Sanità. In quel testo, pur non proponendo l'abolizione dell'ospedale psichiatrico – per cui i tempi non erano ancora maturi –, Basaglia ne ridimensiona il ruolo, delineando una rete di strutture leggere e temporanee: ospedali di giorno, di notte, del fine settimana, concepiti per evitare la cronicizzazione della cura.

Nella sua relazione, Basaglia avanza richieste precise agli architetti: auspica spazi capaci di trasformarsi, «elastici», che non si impongano sul malato ma si adattino alle sue esigenze, anche temporanee. Chiede luoghi integrati nel tessuto urbano, contrari all'isolamento e concepiti per mutare, fino a contenere «in sé la possibilità di autodistruggersi»¹². L'intento è chiaro: in vista della sua futura eliminazione, superare l'immagine dell'ospedale psichiatrico sulla scena urbana come destinazione inevitabile e definitiva per il malato psichiatrico.

3. Il progetto per l'ospedale psichiatrico di Trieste come moderno processo multi-stakeholder

La relazione ministeriale di Basaglia è datata 1968 e verosimilmente Bellavitis e Valle non possono leggerla prima di redigere il progetto per Mirano. È molto probabile, invece, che le domande poste all'architettura dallo psichiatra in quel testo siano alla base del progetto per l'ospedale triestino che lo psichiatra affida, pochi anni dopo, ai «suoi» architetti veneziani.

Nel dicembre del 1971 lo Studio Architetti Bellavitis & Valle è incaricato della redazione di un «Piano programma per la riabilitazione del Parco di San Giovanni», sede del complesso dell'ospedale psichiatrico di Trieste. Più precisamente si tratta di

¹¹ *Ibidem*.

¹² F. Basaglia, *Relazione alla Commissione di studio per l'aggiornamento delle vigenti istruzioni per le costruzioni ospedaliere del Ministero della Sanità*, in F. Basaglia, *Scritti, 1953-1980*, a cura di F. On-garo Basaglia, il Saggiatore, Milano 2023, pp. 517-532, p. 517.

un «Piano particolareggiato di risanamento, coordinamento, organizzazione strutturale e sistemazione urbanistica del comprensorio», condotto in collaborazione con l'amministrazione provinciale sulla base di una «Carta programmatica» che aveva l'obiettivo di applicare la già citata legge 431/1968.

L'attività dello studio di Bellavitis e Valle sul complesso ospedaliero durerà cinque anni e comprenderà interventi a scale diverse: dal ridisegno della viabilità del complesso, agli interventi sugli interni e sull'arredamento, al restauro dei padiglioni e al loro riuso per diverse funzioni, da quelle ospedaliere a quelle residenziali, alla conversione in spazi per dipartimenti universitari dell'Università di Trieste.

Come sottolineato da Barbara Pastor, questo lungo e articolato lavoro sull'ospedale triestino è andato incontro a un «oblio» dovuto alla non comune «vicenda di un architettura che progetta il suo trapasso»¹³.

La motivazione dell'oblio che ha accolto il progetto non sembra, infatti, legato semplicemente alla sua mancata realizzazione – progetti irrealizzati sono divenuti comunque noti e talvolta perfino celebrati – ma alle modalità con cui è stato condotto, in un continuo lavoro di adattamento alle condizioni estremamente variabili dell'ospedale che, mentre si progetta, muta nelle esigenze, negli obiettivi, nella sua stessa natura giuridica, passando da luogo di custodia a luogo di cura, poi da struttura per il ricovero a servizio di cura non residenziale, fino alla trasformazione in un brano, articolato e multifunzionale, di città. Un trasformarsi continuo che richiede qualcosa di molto prossimo a quel «progetto elastico» di cui Basaglia parla nella relazione per la commissione ministeriale.

Si tratta di un esercizio quasi inedito per un architetto in quel momento storico. Oggi possiamo guardare a questo tipo di lavoro e al ruolo che vi assume l'architetto in una chiave diversa. Un cambio di prospettiva, anche in senso non antropocentrico, mette in discussione l'idea stessa di pratica architettonica come attività specializzata finalizzata alla produzione di edifici¹⁴. Liberata dall'obbligo di costruire, l'architettura può espandere le proprie prospettive a una versione plurale del progetto e a una cultura di sintesi tra interessi diversi, permeata da valori civici.

Si tratta di prospettive fondate sull'applicazione all'architettura di approcci di ricerca alle scienze sociali come quello avanzato da Bruno Latour, l'*Actor-Network Theory*, in cui il sociale è il risultato di associazioni di entità eterogenee e non di una definizione a priori. Un approccio che lo stesso Latour applica all'architettura, mettendo in discussione la centralità dell'azione demiurgica dell'architetto, soppiantata

¹³ B. Pastor, *Progettazione di ospedali: l'organizzazione dello spazio tra specializzazione e flessibilità, ovvero la ricerca del tipo neutro*, in S. Maffioletti (a cura di), *La concretezza sperimentale*, cit., pp. 155-178.

¹⁴ Si veda H. Harriss, R. Hyde, R. Marcaccio, *Introduction*, in H. Harriss, R. Hyde, R. Marcaccio (edited by), *Architects after Architecture. Alternative Pathways for Practice*, Routledge, New York 2021, pp. 8-23, o anche M. Rispoli, *Architecture in crisis. Experiments with more-than-human participation*, Cratèra, Napoli 2024: <https://cratera.it/Architecture-in-crisis> (ult. cons. 11/07/2025).

dall'idea di un processo complesso e dinamico determinato da attori diversi, di cui l'architetto è solo uno dei partecipanti¹⁵.

Latour auspica l'elaborazione di un dispositivo analogo a quello ideato da Étienne-Jules Marey, il fucile fotografico utilizzato per scomporre in fermo immagine e comprendere la fisiologia del movimento dei viventi, umani, animali, sino a fermare e fissare il movimento degli eventi naturali, onde marine, movimento delle nuvole, dei fumi. Simmetricamente, secondo Latour servirebbe un dispositivo per trasformare la visione statica di un'architettura in una serie di fermo immagine che documentino il flusso continuo di trasformazioni, il combinarsi complesso di fattori che costituisce il processo progettuale.

Una serie di fermo immagine potrebbe descrivere l'interazione continua che costituisce il progetto/processo in cui si trovano coinvolti gli architetti Bellavitis e Valle nel complesso di San Giovanni. Sono gli stessi progettisti a segnalare i limiti dei tradizionali strumenti di rappresentazione quando scrivono: «La tavola non rappresenta un Piano atemporale ma lo spaccato d'un processo in parte realizzato, in parte da realizzare».

Nella relazione conclusiva del progetto per l'ospedale triestino, ripercorrendo le tappe del loro lavoro, i due architetti mettono a confronto i tempi dell'elaborazione progettuale – legata all'iter autorizzativo e all'erogazione di finanziamenti – e quelle che definiscono «vicende umane», riferendosi alle azioni di altri attori, medici, infermieri, volontari e degenti stessi che – con atti come la costruzione di Marco Cavallo – trasformano anch'essi lo spazio abbattendone i limiti e la connotazione manicomiale.

L'esercizio richiesto all'architetto in relazione a un simile processo non sembra lontano dal gesto fenomenologico che Franco Basaglia si propone mettendo tra parentesi la malattia, e lo sguardo esperto del medico, per ascoltare il malato come soggetto. Anche agli architetti che intendano lavorare per la salute mentale – prima di Bellavitis e Valle, Basaglia collabora con Daniele Calabi, anche lui architetto e docente veneziano, per la trasformazione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia¹⁶ – Basaglia sollecita un gesto analogo, chiedendo di non costruire sempre la stessa scena e le stesse quinte per la farsa messa in scena nello «strano teatrino» dell'ospedale psichiatrico ma di aprire occhi e orecchie al «diseredato-committente», il paziente, come scriverà nel 1980 nella prefazione a un libro di un altro architetto e docente al Politecnico di Torino, Sergio Santiano¹⁷.

¹⁵ B. Latour, A. Yaneva, «Give Me a Gun and I Will Make All Buildings Move»: An ANT's View of Architecture, in «Ardeth», 1 (2017), pp. 103-111: <https://journals.openedition.org/ardeth/991> (ult. cons. 11/07/2025).

¹⁶ Per la ricostruzione della collaborazione tra Franco Basaglia e Daniele Calabi, si veda G. Scavuzzo, *Il parco della guarigione infinita*, LetteraVentidue, Siracusa 2020.

¹⁷ F. Basaglia, *Introduzione*, in S. Santiano, *b come architettura, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, e della medicina e della architettura diventate mercificazione*, Bertani, Verona 1980, pp.11-12.

4. Tra città e new domestic landscape

Coerentemente con quanto Basaglia auspica nella sua relazione ministeriale per i nuovi luoghi di cura, il progetto di Bellavitis e Valle si pone l'obiettivo di re-immettere nel tessuto connettivo della città quello che si appresta a essere l'ospedale riformato. Nella relazione si parla dell'obiettivo di «sciogliere il nodo manicomiale nel tessuto urbano della città», rompendo la gerarchia degli assi originari e facendo entrare nel complesso gli assi viari cittadini.

Questo può finalmente avvenire quando, nel 1975, il Comune di Trieste, accogliendo la proposta di variante di Bellavitis e Valle del 1973, approva una variante al piano regolatore generale che prevede una diversa destinazione d'uso di molti edifici del comprensorio – che perde l'esclusiva destinazione sanitaria e può accogliere altre funzioni oltre a quella di parco urbano – e il passaggio di strade cittadine attraverso il complesso.

Prima della relazione finale, per tutti i cinque anni, i due architetti stendono dei rapporti intermedi, che definiscono progressivi, in cui registrano non solo l'avanzamento dei lavori ma anche il corso delle «vicende umane». Tra queste, ha particolare rilevanza la trasformazione giuridica degli stessi destinatari del progetto. La legge 431/1968 prevede già un nuovo soggetto giuridico, l'«ospite»: una persona dimessa dall'ospedale perché giudicata guarita che non trova altra sistemazione o ha bisogno di tempo per reinserirsi nella società e resta nel parco a titolo di ospitalità. Nel 1973, sulle 780 persone ospitate nell'ospedale, 180 sono i ricoverati coatti, 200 sono ospiti e 400 i ricoverati volontari (anche questa una figura prevista dalla legge 431). Per gli ospiti si pone il problema di trasformare i padiglioni in residenze libere da connotati ospedalieri ma anche per gli altri ricoverati la volontà è di introdurre, nei soggiorni come nelle zone notte, un carattere architettonico che accompagni la transizione verso un abitare autonomo.

Nelle relazioni periodiche dei due architetti si legge che «In difetto di altre prospettive, nel 1973 si propone un sostanzioso rinnovo degli arredi». Gli ordini e preventivi conservati nell'archivio Bellavitis e Valle danno la misura di questo rinnovo che passa per un consistente ordine all'azienda di arredamenti Bergamin di Latisana¹⁸.

Gli arredi scelti sono, per la maggior parte, prodotti Artemide, azienda oggi nota per le lampade di design ma allora produttrice di arredi realizzati utilizzando nuovi materiali plastici, resi resistenti anche dalle forme curvilinee e avvolgenti. Si tratta delle eccellenze del design italiano del momento, esposte nella rivoluzionaria mostra allestita nel 1972 al MoMA di New York, intitolata *Italy: The New Domestic Landscape*, a celebrare lo stile di vita libero e informale immaginato dai designer italiani.

Nell'ospedale entrano la sedia Gaudì di Vico Magistretti, del 1971, oggi inclusa nella collezione di design permanente del MoMA, e le poltrone Togo di Sergio Maz-

¹⁸ Gli ordini, con gli elenchi degli arredi, sono conservati in Iuav, FBV.

za del 1968. Sedie e poltrone, ma anche i tavoli coordinati, sono adatti anche all'uso in esterno e vengono acquistati in diversi colori, verde, rosso, bianco e testa di moro. Gli ospiti li accolgono con entusiasmo, svuotando i padiglioni dei vecchi arredi che vengono accatastati sui viali del parco.

Un articolo di un giornale triestino sembra ironizzare sull'utilizzo in ospedale di questi arredi, definiti in «stile Hilton»¹⁹. Nel corso degli anni Settanta fanno compagnia però in un luogo ancora più singolare di un ospedale psichiatrico, addirittura in una base lunare: nella serie televisiva *Spazio 1999* (1975-1977) quegli stessi arredi sono scelti per il fascino del futuribile – siamo in pieno *Space Age Design* – che li connota. L'universo vitale e colorato a cui appartengono risponde perfettamente alla spinta propulsiva, al di là delle convenzioni, che con quegli arredi dall'estetica innovativa si intende portare all'interno dell'ospedale.

Questo arredamento – che introduce nella vita quotidiana nell'ospedale gli stessi colori vivaci che già entrati con il teatro e con la pittura – realizza lo scarto auspicato da Basaglia rispetto alle «solite quinte» disegnate per la farsa massa in scena nel manicomio e contribuisce a quella demolizione dell'immagine dell'ospedale destinazione inevitabile del malato, anche agli occhi dei pazienti stessi.

Accanto agli elementi prodotti da Artemide, l'azienda Bergamin fornisce, su specifica progettazione per l'ospedale triestino, nuovi comodini destinati alle stanze dei degenti. Pur meno noti rispetto ad altri arredi, questi mobili ne condividono l'estetica formale, caratterizzata da superfici lucide e colori accesi, coerenti con i principi del cosiddetto *New domestic design*.

Nel contesto dell'ospedale psichiatrico attraversato dalla trasformazione il comodino assume una valenza simbolica e funzionale decisiva: rappresenta il primo passo verso la restituzione della soggettività alle persone internate. Come documentato da numerose testimonianze, uno dei primi gesti compiuti da Franco Basaglia al momento del suo insediamento come direttore del manicomio di Gorizia nel 1961 era stato proprio quello di restituire ai pazienti un comodino personale, destinato a contenere oggetti precedentemente requisiti all'ingresso. Tale gesto non rispondeva solo a esigenze pratiche ma si configurava come una vera e propria azione politica: restituire uno spazio privato significava offrire una dimensione di memoria e individualità, prerequisito per una possibile progettualità esistenziale.

Nel caso dell'ospedale di Trieste vengono acquistati 710 comodini – quasi uno per ciascun paziente ancora ricoverato. A differenziarli dai mobili distribuiti a Gorizia non è soltanto l'aspetto estetico ma la presenza di serrature e chiavi, elemento che introduce la possibilità concreta di delimitare un confine personale e inviolabile. In un contesto manicomiale caratterizzato dalla sistematica violazione dei limiti corporei e spaziali – attraverso strumenti di contenzione, ambienti promiscui, assenza di

¹⁹ *A San Giovanni stile «Hilton» e poi a sciare a ponte delle alpi*, in «Il Meridiano di Trieste», novembre 1973 (nel testo la località del Bellunese appare in minuscolo), ritaglio *ivi*.

spazi privati – il possesso di un mobile chiudibile segna un passaggio fondamentale: possedere una chiave, e con essa la facoltà di custodire i propri oggetti, significa inaugurare una dimensione domestica, un primo frammento di “casa”.

Roberto Mezzina, negli anni Settanta giovane medico attivo nel manicomio di Trieste e successivamente direttore del Centro di salute mentale cittadino, ha ricordato come, prima dell'introduzione dei nuovi arredi, molti pazienti fossero costretti a portare sempre con sé un sacchetto contenente le proprie cose più care, temendo di lasciare incustodite.

5. L'articolo per «Casabella» come bilancio

Sulla vicenda del progetto incompiuto, almeno in senso tradizionale, i due architetti insieme a Franco e Franca Basaglia conducono una riflessione scrivendo insieme un articolo, poi mai pubblicato, per la rivista di architettura, urbanistica e design «Casabella». La bozza di articolo, intitolato *Psichiatria e Architettura*, è una riflessione sui rapporti tra le due discipline, tra saperi e poteri, tra discipline e istituzioni.

Dall'articolo e ancora di più dalla discussione preparatoria tra i quattro autori, registrata e trascritta, emerge chiaramente come a entrare in crisi rispetto a una psichiatria rinnovata, che problematizza la malattia mentale e lavora per la deistituzionalizzazione delle cure, sia l'architettura, come il progetto incompiuto sembrava dimostrare, perché dalla prima – committente – non riceve più disposizioni certe da tradurre in tipologie prefissate²⁰.

Giorgio Bellavitis descrive perfettamente questo passaggio in un articolo pubblicato nel 1980 nella «Rivista sperimentale di Freniatria», *Tipologie architettoniche di reparti manicomiali*²¹:

A mio avviso, uno studio oggi della cosiddetta tipologia architettonica che farebbe certo piacere agli architetti che si occupano di queste cose e che potrebbe essere molto gratificante per chi vuole fare dei bei disegni, non ha una sua ragione umana, non ha una sua ragione funzionale perché oggi la situazione in Italia è in stato di incandescenza e noi possiamo solo fare parte dei tecnici al servizio dei malati, al servizio dei medici. Dei tecnici che rincorrono delle situazioni in evoluzione, il tempo per, diciamo, l'orgoglio dell'architettura non c'è: forse verrà, ma non è necessario che avvenga, è molto più importante che sia risolto il problema della malattia mentale, ovviamente.

²⁰ Trascrizione della discussione preparatoria fra gli autori, schema di un articolo per «Casabella», con annotazione: «Titolo provvisorio: Psichiatria ed architettura» (1976 circa), Istituto veneto di scienze, lettere e arti, Archivio Basaglia, serie 9, b. 11, fasc. 6, p. 42.

²¹ G. Bellavitis, *Tipologie architettoniche di reparti manicomiali*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», CIV (1980), supplemento al n. 4, pp. 933-940, p. 937.

Oggi potremmo dire che si apriva per l'architettura un'occasione di mettere in discussione la propria ansia predittiva, l'orgoglio demiurgico dei "bei disegni", ma si può anche dire che l'occasione non sia stata colta.

Paradossalmente con l'entrata in vigore della legge 180, che mette al bando la costruzione di ospedali psichiatrici, il dialogo tra psichiatria e architettura, di cui la discussione tra i quattro autori è emblematica, si interrompe.

Nel settembre 1977, Giorgio Bellavitis partecipa con Basaglia alla stesura del documento presentato al terzo incontro del *Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria*, nella commissione di studio sul tema *Architettura della sorveglianza. Ideologia della custodia e architettura del controllo. Prospettive progettuali*²².

Successivamente, l'interesse degli architetti in Italia per le strutture per la cura psichiatrica si riduce quasi del tutto. Tale disattenzione è riconducibile alla quasi totale assenza di opportunità progettuali e incarichi concreti, poiché le strutture alternative all'ospedale psichiatrico auspiccate da Franco Basaglia – quali ospedali a carattere non permanente, ospedali diurni e notturni – non trovano realizzazione. L'attuazione parziale e disomogenea della legge 180 ha infatti ostacolato la traduzione delle nuove concezioni della cura psichiatrica in un corrispettivo spaziale e architettonico.

È singolare che lo psichiatra, confrontandosi con gli architetti, esprima riserve nei confronti di forme di progettazione partecipata, allora appena emergenti e viste come strumenti di sovversione delle imposizioni istituzionali, di processi dal basso, dello stesso ruolo demiurgico dell'architetto che il progetto per Trieste mette in discussione. Eppure Basaglia, attentissimo osservatore dei meccanismi di potere, intuisce il pericolo che queste pratiche assumano un carattere meramente pacificante, perché non basate su un reale potere contrattuale degli utenti invitati alla partecipazione, al di là del differenziale di sapere rispetto all'esperto architetto.

Dopo anni di utilizzazione di questo strumento *bottom up*, oggi si avanzano dubbi su come queste pratiche rischino di divenire strumenti di costruzione del consenso.

A distanza di anni, la vicenda del progetto incompiuto e l'articolo che lo commenta sono una sorta di messaggio dal passato, capace di interrogare, ancora oggi, le modalità di riconversione e reinserimento urbano delle strutture psichiatriche dismesse. Allo stesso tempo, tali materiali offrono spunti rilevanti per una riflessione più ampia sull'architettura: sulle sue pratiche, sul suo rapporto con le istituzioni e con le dinamiche del potere, con le sue responsabilità civili e sociali. In questo senso, il progetto, pur non realizzato, si rivela testimonianza viva della tensione trasformativa che ha caratterizzato il movimento per la deistituzionalizzazione della psichiatria – una rivoluzione che, per molti aspetti, non ha ancora smesso di compiersi.

²² La «parte ufficiale del convegno» del settembre 1977 è E. Battiston *et alii*, *Il circuito del controllo dal manicomio al decentramento psichiatrico, Atti e documento del Réseau di alternativa alla psichiatria*, Cooperativa libraria-Centro culturale, Trieste 1980.

Dentro e fuori il manicomio. Il progetto di trasformazione dell'ex ospedale psichiatrico di Grugliasco

Giovanni Durbiano, Francesca Favaro

Il nostro intervento sul progetto di trasformazione dell'ex ospedale psichiatrico di Grugliasco¹ è un dialogo a due voci: quella del progettista praticante, che nell'incontro con il manicomio ha dovuto porsi diverse domande (senza peraltro trovare risposte), e quella della storica dell'architettura, che tra le carte d'archivio ha cercato le coordinate per orientarsi all'interno di una lunga storia. Entrambi tentano, uscendo in parte dai confini della propria disciplina, di cucire le memorie del passato, del quale l'edificio rappresenta l'eredità tangibile, con i possibili usi del presente, dentro e fuori il manicomio.

1. Il progetto. L'incontro con il manicomio²

La relazione tra i progettisti e l'ex ospedale psichiatrico di Grugliasco è stata, in prima battuta, un'occasione di lavoro: un'opportunità professionale che pareva non tanto dissimile da quelle che, ordinariamente, si presentano agli architetti.

L'occasione era la redazione di un progetto di fattibilità per la conversione in studentato di un complesso di edifici, da diversi anni in stato di abbandono, accanto al nuovo grande Polo universitario delle materie scientifiche, la Città delle scienze e dell'ambiente di Grugliasco³.

Dati i tempi piuttosto serrati, si è avviata velocemente una macchina relativamente collaudata di produzione progettuale: una squadra di topografi ha realizzato il

¹ Per il contesto, D. Dabbene, *Il patrimonio architettonico degli ex ospedali psichiatrici nel XXI secolo: il caso piemontese tra dismissioni, nuovi usi e scenari futuri*, in «Intrecci. International Journal of Architectural Conservation and Restoration», III (2024), n. 5, pp. 85-105.

² Giovanni Durbiano.

³ Il progetto era funzionale alla richiesta di finanziamento nazionale nell'ambito del progetto di edilizia residenziale universitaria presentato all'interno del V Bando Nazionale della legge 14 novembre 200, n. 338, *Disposizioni in materia di alloggi e residenze per studenti universitari*, che ha stanziato 467 milioni di euro per cofinanziare interventi per la realizzazione di strutture universitarie. I principali interlocutori di tale operazione sono stati l'Ente regionale per il diritto allo studio universitario del Piemonte, la Regione Piemonte, l'Azienda sanitaria locale Torino 3, l'Università degli studi di Torino, la Città metropolitana di Torino, il Comune di Grugliasco e la società Zona Ovest s.r.l.

rilievo delle preesistenze, un collaboratore ha avviato le ricerche d'archivio, i progettisti hanno effettuato sopralluoghi per valutare i costi delle bonifiche, mentre, in studio, si iniziava a disegnare il nuovo studentato.

Caratterizzati da un impianto distributivo “a pettine” – ovvero costituito in larga parte da corridoi sui quali si innestavano le numerose camere – gli edifici oggetto di riqualificazione sembravano, sulla carta, prestarsi perfettamente alla trasformazione in studentato: ogni finestra una camera. I numeri erano definiti chiaramente – 250 posti letto, 10 mila metri quadri da riconvertire, 60 mila metri quadri di aree verdi – e il progetto poteva essere avviato come una procedura di routine.

Eppure, con il progredire del lavoro di analisi dello stato di fatto, l'oggetto dell'intervento ha iniziato a rivelare le sue molte complessità, a sollecitare una serie di domande progettuali alle quali diventava via via più difficile rispondere. Il rapporto dei progettisti con la materialità stessa degli edifici ha iniziato a modificarsi ed è maturata la consapevolezza di essere stati chiamati a muoversi su terreni tutt'altro che ordinari, che richiedevano chiavi di lettura specificamente costruite per l'occasione.

È quindi emersa chiaramente la relazione stretta tra le mura oggetto di riqualificazione e le vicende che avevano avuto luogo all'interno del loro perimetro: vicende intrecciate alle storie (ambigue, difficili, dolorose) delle istituzioni totali italiane e agli sforzi intrapresi per eliminarle. Ed è emerso anche il rischio, mentre si pianificavano demolizioni e ricostruzioni di tramezzi in cartongesso, di obliterare irrimediabilmente quanto rimaneva di questa eredità.

Si è avviata, quindi, in parallelo al processo di produzione del progetto di trasformazione, una indagine collettiva⁴. Questa ha chiamato a raccolta storici sociali, psichiatri, militanti politici, volontari, registi, che si sono interrogati sulle forme possibili, non solo della conservazione della memoria, ma anche – più ambiziosamente – della reinvenzione dei possibili collegamenti tra passato, presente e futuro.

La domanda, alla base dell'indagine stessa, era piuttosto pratica e riguardava le modalità con le quali preservare – e, possibilmente, trasmettere – la memoria delle vicende avvenute in questi luoghi.

La questione non è affatto inaudita, ma ricorre abitualmente nelle agende degli architetti chiamati a intervenire sulle preesistenze; e si tratta di una esigenza che pone il progettista di fronte a un apparato di altre domande e di potenziali decisioni. Una su tutte: come conservare la memoria di quelle vicende senza museificarla, senza fossilizzarla in quanto esperienza completamente neutralizzata.

Da queste considerazioni ha preso il via uno scambio che è avvenuto su differenti piani: da quello propriamente progettuale e architettonico – che riguarda le modalità della definizione, attraverso il progetto, delle linee di interpretazione del

⁴ Che ha coinvolto anche la Fondazione Istituto piemontese Antonio Gramsci onlus e una serie di persone che generosamente hanno messo a disposizione le loro competenze e le loro esperienze.

passato – a quelle eminentemente narrative, che in parte esulano dai perimetri dell'architettura e toccano altri ambiti di intervento.

*2. La storia. L'ex istituto provinciale per infermi di mente Vittorio Emanuele III a Grugliasco: un complesso costruito per parti e mai concluso*⁵

Un «pittoresco scenario», un «elegante e vasto fabbricato», un «grande albergo» dalle «linee architettoniche armoniose», un «complesso insolitamente allegro e ridente»: veniva descritto in questi termini l'istituto psichiatrico provinciale di Grugliasco da un articolo su «La Stampa» del 14 febbraio 1932, una volta conclusa la sua prima fase costruttiva⁶.

Quello di Grugliasco è stato generalmente considerato un polo secondario rispetto ai manicomi di Torino e di Collegno, essendo in origine stato eretto per ospitare pazienti di genere femminile e per ovviare al problema del sovraffollamento degli altri istituti psichiatrici: una questione con la quale, come è noto, la Provincia di Torino si è confrontata per buona parte del Novecento.

«La questione manicomiale, in relazione sia allo affollamento, sia ai provvedimenti definitivi per la sistemazione delle Case Manicomiali [...] fu una preoccupazione costante di tutte le Amministrazioni che si succedettero dal 1904 ad oggi»: è l'incipit di una memoria, datata 12 maggio 1915, inviata dal direttore del regio manicomio di Torino al presidente della Deputazione provinciale⁷; la lettera ripercorre i momenti fondamentali di un lungo processo di riflessione e negoziazione, contraddistinto da proposte non realizzate e da progetti rimasti sulla carta, tra la Provincia, cui dal 1865 era affidato il mantenimento degli «alienati» poveri e la costruzione dei manicomi, e la Confraternita della Santissima Sindone di Torino⁸,

⁵ Francesca Favaro.

⁶ «Chi giungendo da Torino per lo stradale di Francia, svolta a sinistra poco prima della fermata Regina Margherita e imbocca il viale Cesare Lombroso, vede pararsi dinanzi un pittoresco scenario: dietro un'ampia cancellata, e le aiuole di un bel giardino all'inglese, si innalza un elegante e vasto fabbricato e disseminati nel parco retrostante altri edifici. Quel complesso potrebbe venir scambiato per un grande albergo e relative dépendances, se la scritta che campeggia sulla facciata del primo palazzo non lo designasse invece per l'Istituto provinciale per gli infermi di mente. Se il visitatore prima di recarsi a visitare questo ospedale psichiatrico in Grugliasco è precedentemente passato da quello di via Giulio in Torino e dall'altro di Collegno, può farsi una chiara idea delle successive tappe che l'edilizia, applicata a questi speciali Istituti, ha superato prima di perfezionarsi. All'armonia delle linee architettoniche corrisponde la disposizione dei diversi fabbricati disseminati fra le aiuole e l'insieme appare insolitamente allegro, ridente, quale un tempo nessuno avrebbe sognato per una casa di cura per dementi». U.P., *Una visita al Manicomio di Grugliasco*, «La Stampa», 14 febbraio 1932, p. 7.

⁷ Archivio storico della Provincia di Torino (AsPTo), cat.5, cl. 7, fald. 399.

⁸ È il 1728 quando viene realizzata la prima struttura di ricovero di «folli» in Piemonte, affidata per volontà reale alla Confraternita della Santissima Sindone della Vergine Maria delle Grazie di Torino. Questa istituzione, di matrice religiosa, si occuperà della gestione dei manicomi della provincia di Torino fino alla seconda metà del Novecento. Verso la fine dell'Ottocento, la Confraternita torinese

che ne aveva in carico la gestione⁹.

Sullo sfondo di tale situazione di relativa conflittualità, la lunga storia del complesso di Grugliasco ha inizio nel 1916 con l'acquisto da parte della Provincia di un appezzamento che fosse, al contempo, non troppo distante dai poli di Collegno e Savonera, sufficientemente ampio per ospitare una colonia agricola e non troppo lontano (ma nemmeno troppo vicino) al centro abitato di Grugliasco. Il terreno acquistato si trovava in zona San Lorenzo, era costituito da 34 lotti appartenenti a 22 proprietari, aveva una forma regolare, era facile da raggiungere mediante diversi mezzi di trasporto ed era nelle immediate vicinanze della tramvia Torino-Rivoli (attiva su corso Francia fino al 1954) e della Certosa di Collegno.

Il 16 marzo 1916, la Deputazione provinciale approva il progetto dell'ingegnere Cesare Corazza, che prevede la costruzione dei primi due padiglioni per «semi agitate» come primo tassello di un sistema ampio di fabbricati, articolato lungo un asse sviluppato da nord-ovest a sud-est, al fine di massimizzare l'illuminazione degli edifici. Pochi mesi dopo, il 20 luglio 1916, la stessa deputazione delibera di procedere all'acquisto e alla piantumazione degli alberi, da disporre lungo i viali dell'erigendo manicomio, e di una siepe di cinta. Mentre è in corso il conflitto mondiale, in una situazione di ristrettezze economiche, prima ancora che il cantiere abbia inizio, si costruisce la strada di accesso, si piantumano platani, robinie e acacie, e si realizza una staccionata di legno a protezione della siepe di cinta: si perimetra (e si nasconde), quindi, un manicomio che è ancora sulla carta¹⁰.

La carenza di manodopera e l'aumento del costo del materiale sospendono però il piano di Corazza.

La prima vera e propria fase costruttiva ha inizio solo nel 1925 ma vede l'entrata in scena di un nuovo progettista, interno agli uffici provinciali e poco noto: l'ingegnere Mario Torretta. Il piano di Corazza, infatti, non è più adeguato ed è quindi predisposto un nuovo progetto, approvato ufficialmente il 30 marzo 1928.

Tra 1928 e 1931 sono quindi costruiti i cosiddetti padiglioni A e B, la portineria e il palazzo direzionale (con uffici al piano terreno, alloggi per il medico direttore e vice economo al piano primo, e per i sanitari e le suore al piano secondo) con an-

acquisisce un carattere laico e autonomo rispetto all'ordine religioso, si dota di una direzione amministrativa di nomina prefettizia e assume il nome di regio manicomio di Torino. Dal 1909 è introdotto il diritto della nomina provinciale della maggioranza dei suoi consiglieri di amministrazione. Si vedano: M. Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Unicopli, Milano 2002; S. Montaldo, *Manicomio e psichiatria nel Regno di Sardegna, 1820-1850*, in Centro italiano di storia sanitaria e ospedaliera: Sezione piemontese (a cura di), *Il Regio Manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Gruppo Abele, Torino 2007, pp. 10-53.

⁹ Le carte d'archivio testimoniano chiaramente le tensioni che caratterizzarono le relazioni tra i due enti: la Confraternita vedeva nell'internamento degli alienati un segno del progresso sociale; la Provincia, per ragioni finanziarie, tentava di contenere il numero dei ricoverati.

¹⁰ AsPTo, cat.5, cl. 7, fald. 399.

nesso oratorio e un laboratorio per le analisi. Sono inoltre realizzati un padiglione per la cucina e la centrale termica, un fabbricato per la camera mortuaria e servizi necroscopici, una cabina di trasformazione e il muro di cinta.

Il 13 luglio 1931 è rilasciata l'abitabilità da parte del podestà di Collegno e il 31 agosto successivo il primo lotto dell'ospedale è inaugurato con una cerimonia alla quale partecipa anche il re Vittorio Emanuele III.

Nello spiazzo che fronteggia la palazzina della direzione era stato eretto il palco reale, artisticamente addobbato con drappaggi in velluto cremisi e con festoni tricolore ed ai lati due ampie tribune riservate agli invitati, che in gran numero, sin dalle 15, sono incominciati ad affluire, mentre la popolazione di Grugliasco e di Collegno si schierava sullo stradale di Francia e si assiepava intorno al muro di cinta dell'Istituto¹¹.

Solo pochi anni dopo, ha inizio la seconda fase costruttiva, che, sempre con la direzione di Torretta, prevede la realizzazione del padiglione D per pazienti epilettiche e il padiglione C (la cosiddetta Villa Azzurra) con la funzione di sezione medico-pedagogica, oltre a una casa per operai e agricoltori e all'ampliamento della cucina.

In effetti, il problema del sovraffollamento è quantomai urgente: il 15 giugno 1931 l'amministrazione del manicomio scrive alla Provincia che, a causa dell'«affollamento impressionante», «le Case Manicomiali di Torino, Collegno e Ricovero Provinciale, le quali per poter accogliere i molti malati di mente che giornalmente, e massime in questa calda stagione, affluiscono, hanno dovuto adibire anche per pernottamento taluni refettori, collocando in essi i nuovi entrati sopra provvisorie brande». Si richiede pertanto di «poter occupare uno dei nuovi padiglioni di Grugliasco» appena costruiti¹². E ancora, pochi giorni dopo, il 30 giugno, «l'amministrazione dei Regi Ospedali fa vive premure perché almeno uno dei due padiglioni dell'istituto [...] possa essere immediatamente occupato, stante il continuo ed eccessivo affollamento degli stabilimenti di Torino e di Collegno»¹³.

La cerimonia di inaugurazione, più sbrigativa della precedente, avviene il 28 ottobre 1936 e l'agibilità è dichiarata dal podestà a novembre, nonostante alcune opere non siano ancora del tutto concluse.

Nei decenni seguenti, la storia del complesso si intreccia con le vicende che hanno interessato il Paese. Durante il conflitto il complesso è stato infatti sfollato, dopo essere stato colpito e parzialmente danneggiato da una bomba tra il 28 e il 29 novembre 1942.

¹¹ Questa la descrizione offerta da «La Gazzetta del Popolo», 1 settembre 1931.

¹² AsPTo, cat.5, cl. 7, fald. 399.

¹³ *Ivi*, deliberazione del consiglio di amministrazione del regio manicomio di Torino del 6 dicembre 1930.

Tra il 1943 e il 1944, le sezioni del complesso ancora utilizzabili sono requisite dal comando militare tedesco e utilizzate come reparti ospedalieri, mentre pochi anni dopo, tra il 1946 e il 1948, il complesso è occupato dal United Nations Relief and Rehabilitation Administration e utilizzato come campo profughi per gli ebrei sopravvissuti ai campi di concentramento¹⁴.

Tra il 1954 e il 1955 l'ospedale, dopo una serie di lavori di ripristino, accoglie nuovamente i pazienti, e pochi anni dopo, nell'aprile 1966, è oggetto di un ambizioso progetto di ampliamento firmato dall'ingegnere Augusto Cavallari Murat e dagli architetti Sergio Nicola e Augusto Romano. La trasformazione avrebbe riguardato la zona sud dell'area, con la realizzazione di nuovi padiglioni a destinazione clinica, con un corollario di altri servizi quali negozi, una biblioteca e un cinema. Il progetto, sviluppato in concertazione con uno psichiatra e due consulenti tecnico-amministrativi dell'amministrazione provinciale, avrebbe ospitato altri 500 pazienti, tra maschi e femmine.

Poiché la tipologia «a padiglioni separati», modello proprio di numerosi ospedali europei dell'inizio del secolo, nonché di molte strutture carcerarie, con grandi padiglioni simmetrici disposti attorno a un «centro amministrativo», è ormai superato, i progettisti propongono un tipo di costruzione a *village*: singole cellule edilizie disseminate nello spazio e disposte attorno ad altre cellule dette «centri sociali» per favorire un'organizzazione comunitaria «socioterapica»¹⁵.

Tuttavia, come segnalato da Massimo Moraglio, il nuovo progetto, pur guardando alla cultura architettonica europea, pare recepire fuori tempo massimo un modello architettonico – appunto quello a *village* – ormai oggetto di ripensamento nel dibattito politico e scientifico in atto¹⁶. Inoltre, tale operazione avviene in un contesto politico e sociale profondamente mutato, nel quale l'opinione pubblica comincia a mobilitarsi contro l'arretratezza dei metodi per la cura psichiatrica, mentre iniziano i primi movimenti di contestazione giovanile che vedono negli ospedali psichiatrici uno dei più evidenti strumenti di oppressione¹⁷.

Approvato nel 1966 ma ridimensionato nel 1971, il progetto vede un parziale com-

¹⁴ In un rapporto del 1955 si stima che i profughi accolti furono migliaia e si aggiunge: «non sarà difficile rendersi conto come i danni iniziali subiti dagli edifici e dagli impianti abbiano raggiunto proporzioni ed aspetti impressionanti». Cfr. la relazione di Francesco Agosti, medico direttore generale degli ospedali psichiatrici di Torino, datata 1955 e conservata alla Biblioteca della Provincia di Torino, cartella mv-a-618.

¹⁵ *Una riflessione tipologica sugli ospedali psichiatrici italiani*, in Fondazione Benetton studi e ricerche (a cura di), *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996 (con aggiornamento al 31 ottobre 1998)*, Canova, Treviso 1999.

¹⁶ M. Moraglio, *Costruire il manicomio*, cit.

¹⁷ P.A. Rovatti, *Prefazione. Denuncia e battaglia*, in P. Cipriano, *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Elèuthera, Milano 2019, pp. 9-13.

pimento: i lavori si fermano nel 1978 con la realizzazione di due fabbricati a tre piani fuori terra, uno con centro clinico e padiglione di osservazione, l'altro destinato a servizi e impianti.

Nel frattempo, sulla scia delle contestazioni in atto su scala nazionale, alcuni congiunti dei ricoverati denunciano le pessime condizioni igieniche e le pratiche violente in uso a Villa Azzurra, gettando così le basi per uno scandalo che, grazie anche ad alcune inchieste giornalistiche, avrebbe portato ai celebri procedimenti penali contro diversi medici della struttura¹⁸.

Il padiglione rimane comunque attivo fino al 1979, anche in seguito al trasferimento di alcuni ricoverati presso un'altra struttura e famiglie affidatarie. Nonostante i vari tentativi di dare una risposta alle istanze dei contestatori – per esempio l'organizzazione di assemblee aperte alla partecipazione dei giovani tirocinanti, dei medici e degli stessi ricoverati – l'Opera pia ospedali psichiatrici di Torino (che gestiva gli istituti locali), priva peraltro delle risorse finanziarie necessarie a promuovere un miglioramento effettivo delle strutture manicomiali, delibera il proprio scioglimento nel 1969, senza tuttavia che questo divenga effettivo nel breve termine (ciò avverrà solo nel 1980).

In riferimento alla riforma psichiatrica del 1978 e alla radicale trasformazione dei servizi socio-sanitari, nel 1977 e nel 1978 sono fondate a Grugliasco cinque comunità-alloggio interne alla struttura (ubicate nel padiglione D e nella sede della direzione).

Tuttavia, a causa della pericolosità riscontrata negli impianti elettrici, nel 1984 il manicomio è infine ufficialmente chiuso e gli ultimi ricoverati sono trasferiti a Collegno, mentre le comunità-alloggio continuano a essere ospitate all'interno del complesso fino al 1999.

È a partire dal 1980 – con la firma dell'accordo tra la Provincia di Torino, la Regione Valle d'Aosta e l'Università per utilizzare, con obiettivi didattici, i terreni agricoli all'interno del complesso – che l'area di Grugliasco inizia ad assumere la vocazione universitaria, ribadita dai progetti in corso¹⁹.

3. Tra la storia e il progetto: le tracce

Quanto rimane oggi di queste complesse e sincopate vicende è un insieme di edifici austeri, collocati in un'area che, nonostante la crescita urbana della seconda metà del secolo scorso, ha mantenuto un certo isolamento dall'abitato che ne lambisce il perimetro. Seppure interessato da modifiche, sistemazioni e piccole integrazioni suc-

¹⁸ Tra i numerosi articoli pubblicati si segnala *Commissione d'inchiesta per i manicomi. Lo sconvolgente reparto B*, in «La Stampa», 22 gennaio 1969, p. 4.

¹⁹ M. Moraglio, *C'era una volta un manicomio: da ospedale psichiatrico a università: il caso di Grugliasco*, in «Quaderni di storia dell'Università di Torino», 4 (2000), pp. 222-250.

cessive, il complesso conserva, nel suo insieme, una coerenza compositiva che rimanda all'architettura ospedaliera dei primi decenni del Novecento, con alcuni elementi più immediatamente riferibili all'architettura del ventennio fascista, condensando, quindi, i caratteri formali di entrambe le fasi costruttive.

Misurarsi con questo palinsesto richiede ai progettisti di cercare, anche all'esterno dei confini disciplinari dell'architettura, lenti interpretative e strumenti adeguati a riflettere su come confrontarsi con queste vicende puntuali, materiali, fatte di edifici, di progetti incompiuti e di oggetti, ma anche di storie di donne e di uomini, di pazienti e infermieri, di funzionari provinciali e progettisti.

Adottando una prospettiva da architetti e da storici dell'architettura, con l'obiettivo di trovare un possibile punto di contatto tra questa storia e il progetto, si sono identificate, in alcuni oggetti e particolari costruttivi ritracciabili negli edifici stessi, alcune potenziali chiavi di lettura.

Tale operazione si è fondata su una premessa fondamentale: l'ospedale di Grugliasco può essere considerato come un «microcosmo esemplare»²⁰, in cui, come avviene spesso nel caso delle grandi opere pubbliche, le dimensioni sociale, politica e architettonica si sovrappongono in un intreccio inestricabile mentre le caratteristiche materiali sono il risultato di processi complessi e di lungo corso.

La distribuzione interna, lo stesso dimensionamento dei fabbricati, la scelta degli infissi, il disegno delle scale, ma anche la selezione degli oggetti stessi contenuti negli edifici, sono il risultato di negoziazioni tra amministratori locali, professionisti e medici; sono la materializzazione di norme e la risposta a esigenze di ordine sanitario. Il tutto sullo sfondo di un dibattito di carattere medico e architettonico sul tema delle strutture manicomiali e delle cure psichiatriche che, come è noto, ha subito un'evoluzione radicale nel corso del Novecento.

Vi sono tre oggetti che, nello specifico, possono essere considerati «varchi di accesso» alla storia passata del complesso, «nodi» in cui si addensano significati e pratiche riferite a questo luogo.

L'infisso. Innanzitutto, occorre prestare attenzione ad alcuni degli infissi messi in opera e parzialmente ancora visibili. Il progettista, l'ingegnere Torretta, aveva prestato una certa attenzione ai serramenti da installare nelle strutture, tanto da descriverli, e riportarne anche un disegno, in un articolo pubblicato nel 1940 sulla rivista «L'architettura italiana»: «La questione molto delicata e per molti versi importante delle chiusure è stata risolta» – affermava l'ingegnere – «con serramenti a scomparti assai stretti e parti apribili con compassi di limitata apertura»²¹. Tali infissi non erano previsti per tutti i padiglioni, tant'è che il 10 giugno 1933 il direttore del manico-

²⁰ M. Moraglio, *Costruire il manicomio*, cit., p. 24.

²¹ *L'Istituto interprovinciale Vittorio Emanuele III per infermi di mente a Grugliasco (Torino)*, in «L'Architettura Italiana. Periodico mensile di architettura tecnica», XVIII (1940), n. 6, pp. 147-159, p. 159.

mio scrisse alla Provincia per chiedere che i suoi tecnici effettuassero un sopralluogo a causa del fatto che «una ricoverata evadeva di notte, con rapidità impressionante, dalla Casa di Grugliasco passando attraverso un wasistas della latrina». Si richiedeva di adottare provvedimenti per rinforzare le chiusure, «trattandosi di una casa ove sono degenti ammalate tutte più o meno scomposte e pericolose»²².

La scala. Inoltre, alcune delle scale interne ai fabbricati risultano chiaramente il risultato di riflessioni progettuali sofisticate. Quella del padiglione delle pazienti epilettiche, per esempio, veniva descritta in questo modo da Torretta: «una sola scala baricentrica. Con rampe brevissime alternate a ripiani per diminuire la pericolosità di eventuali cadute»²³.

L'inferno e la scala, come molte altre scelte progettuali (si pensi all'urgenza di costruire il muro di cinta nelle prime frasi costruttive del complesso), rimandano alla necessità più o meno esplicita di *proteggere*: proteggere il malato da se stesso e, probabilmente in misura maggiore, la società dei cosiddetti "sani" da quella dei cosiddetti malati. A posteriori, quindi, questi oggetti appaiono veri e propri dispositivi di controllo, dotati di una capacità intrinseca di determinare alcuni comportamenti e di inibirne altri²⁴; elementi semplici, comuni, come una scala o una finestra, diventano – in quelle che Erving Goffman chiamò istituzioni totali – strumenti imprescindibili della gestione e della sopravvivenza dell'istituzione stessa²⁵.

Una decorazione. Un terzo elemento su cui concentrare la nostra attenzione è costituito da quello che resta di una decorazione murale con le maschere che è collocata presso il refettorio di Villa Azzurra: un disegno che nelle intenzioni del progettista doveva stimolare l'immaginazione dei piccoli pazienti evocando figure gioiose e leggere; un accorgimento che in quel periodo era considerato degno di nota in quanto segno di un'attenzione e di una sensibilità nuove verso la malattia mentale ma che oggi non può che provocare un senso di straniamento. Questo brandello dell'affresco risulta forse una delle più efficaci rappresentazioni di una stratificazione di usi e

²² Lettera del direttore del manicomio alla Provincia, 10 giugno 1933, in ApTo, sede di via Maria Vittoria, cat. 5, cl. 07, 172.

²³ *L'istituto interprovinciale Vittorio Emanuele III*, cit., p. 158.

²⁴ Gli edifici manicomiali rappresentano, infatti, un contesto privilegiato per l'osservazione e l'analisi delle relazioni tra architettura e potere: un tema controverso, oggetto anche di una *damnatio memoriae* e di una rimozione collettiva sulla scia di una diffusa condanna di questi luoghi, dei loro significati e quindi delle architetture che li ospitavano. Cfr. G. Scavuzzo, *Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, in «ArdeTh», III (2019), n. 4, pp. 128-149: <https://journals.openedition.org/ardeth/495> (ult. cons. 3/08/2025).

²⁵ Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato. Cfr. E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961 (trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968, p. 29).

di significati che in qualche modo, con il progetto, oggi siamo chiamati a restituire.

4. Dentro e fuori il manicomio

Accanto a questi tre nodi progettuali esemplari, che tentano di tenere insieme la memoria del passato con gli usi possibili del presente, si stanno avviando altre due iniziative: la realizzazione di un museo, in parte fisico e in parte virtuale, e la realizzazione di una piattaforma digitale.

Il primo, promosso dal Comune di Grugliasco e supportato dall'Ente per il diritto allo studio Edisu, prevede di "insufflare" negli ambienti tutti nuovi dello studentato alcuni frammenti della vita passata. Attraverso spazi dedicati, targhe, opere d'arte, QR code si disegnerà un tessuto di tracce mobili che "giocano a nascondino" con il presente.

Il secondo è una piattaforma digitale dedicata alla mappatura diacronica dei luoghi della cura della neuropsichiatria infantile nella Regione Piemonte, dall'atto di fondazione di Villa Azzurra a oggi. È un oggetto tutto da inventare che, nelle teste di chi lo sta progettando, contiene sia parti qualitative, come le storie di alcuni degli abitanti dei luoghi della cura, sia parti quantitative, per esempio i numeri e le dislocazioni nelle strutture dei ragazzi internati, con una finalità esplicitamente mirata a fornire un supporto istruttorio a chi deve prendere decisioni sulla programmazione ospedaliera nel campo della neuropsichiatria infantile.

Progetto architettonico, progetto di rappresentazione e progetto di conoscenza e azione tentano, quindi, di muoversi insieme per alimentare una rete di connessioni in grado di riattivare una relazione di significati tra passato, presente e futuro.

I musei della mente: convivere con una memoria scomoda

Martina Di Prisco

1. Introduzione

Il processo di superamento del manicomio ufficialmente avviato dalla legge 180 del 1978 ha rappresentato una svolta epocale nella storia della psichiatria italiana, ridefinendo il ruolo e la funzione degli ex ospedali psichiatrici. Tuttavia, questa trasformazione ha lasciato in eredità una questione urbana e architettonica irrisolta: cosa fare dei grandi complessi manicomiali, spesso collocati in zone periferiche e autonomi rispetto al tessuto urbano¹? Lontani dallo sguardo pubblico, in molti casi, questi luoghi si sono trasformati in ruderi della memoria collettiva, segnati dall'abbandono, demolizione o trascuratezza delle strutture, contribuendo alla cancellazione materiale e simbolica della memoria del luogo². Il loro degrado ha generato un vuoto di senso, evidenziando la difficoltà di gestire una memoria "scomoda" e stratificata.

A partire dagli anni Novanta, prende avvio una nuova fase di interventi, finalizzata alla rifunzionalizzazione e risemantizzazione degli ex manicomi. Lungi dall'essere semplici operazioni di recupero edilizio, questi progetti si configurano come veri e propri dispositivi culturali, capaci di riattivare memorie individuali e collettive. Molte strutture dismesse vengono trasformate in biblioteche, centri culturali, parchi pubblici, archivi e, in alcuni casi, musei. Si tratta di un processo che agisce su un doppio binario: da un lato, la conservazione del patrimonio architettonico; dall'altro, la costruzione di una nuova narrazione pubblica, capace di restituire voce e dignità a coloro che in quei luoghi hanno vissuto esperienze di emarginazione e sofferenza, facendo riemergere le storie celate dietro le mura manicomiali.

In questo senso, convivere con una «memoria scomoda» implica il rifiuto della rimozione o della mera neutralizzazione, per favorire invece un'elaborazione critica e condivisa, capace di alimentare la coscienza storica e stimolare il cambiamento sociale³.

¹ C. Ajroldi *et alii* (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.

² A. D'Agostino, *Le città dimenticate. Dalla città per la cura alla cura per la città*, in «FAMagazine», VII (2017), n. 41, pp. 14-21: <https://famagazine.it/index.php/famagazine/article/view/47/491>; doi:10.12838/issn.20390491/n41.2017/1 (ult. cons. 19/07/2025).

³ A. Assmann, *Cultural Memory and Western Civilization: Functions, Media, Archives*, Cambridge University Press, Cambridge 2011.

Questo contributo, frutto di una ricerca di dottorato in architettura⁴, analizza attraverso un confronto internazionale quei casi in cui gli ex ospedali psichiatrici diventano luoghi di memoria condivisa e riflessione collettiva. L'attenzione si concentra in particolare su quei contesti in cui sono tuttora attivi servizi di salute mentale e dove la memoria della psichiatria si intreccia con pratiche partecipative, artistiche e narrative capaci di trasformare i luoghi del dolore in spazi di confronto e inclusione⁵.

Musei, archivi, esposizioni e percorsi sensoriali rappresentano strumenti attraverso i quali queste strutture si aprono alla cittadinanza, trasformandosi in «musei di narrazione» capaci di dialogare con la contemporaneità⁶.

2. Il caso italiano: musealizzazione tra memoria e partecipazione

L'evoluzione della concezione della malattia mentale ha portato a un notevole cambiamento anche nelle modalità con cui viene raccontata la storia della psichiatria. A partire dal XX secolo, i manicomi hanno visto una crescente attenzione non solo come luoghi di cura ma anche come luoghi di memoria e testimonianza⁷.

I musei psichiatrici riassumono una vicenda storica iniziata alla fine del XVIII secolo con una riforma dell'assistenza e del trattamento della follia tradizionali, con l'introduzione a partire dalla Francia di Philippe Pinel, ma non soltanto, di approcci di cura che intendevano essere al contempo scientifici e più umani. Inizialmente i manicomi pubblici erano luoghi isolati dove il nuovo medico alienista riteneva di poter far riscoprire la ragione al maniaco ma nel corso del XIX secolo si trasformarono

⁴ La ricerca di dottorato (XXXV ciclo, 2019-2023) s'intitola *Oltre la soglia. Cura, memoria e narrazione della salute mentale nell'architettura* ed è stata condotta da chi scrive presso l'Università di Trieste sotto la supervisione della professoressa Giuseppina Scavuzzo. La tesi, recentemente pubblicata nel volume M. Di Prisco, *L'architettura della soglia. Spazi di alterità tra cura, memoria e narrazione nella salute mentale* (Anteferma Edizioni, Conegliano 2025), analizza le trasformazioni architettoniche e funzionali dei luoghi destinati nel tempo all'accoglienza di persone con disabilità cognitive e sensoriali, in cui la memoria e la narrazione della salute mentale si relazionano nell'evoluzione architettonica degli spazi di cura. Finanziata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia, la ricerca si è posta l'obiettivo di proporre strategie progettuali orientate allo sviluppo culturale e territoriale dell'area isontina, nello specifico per il Parco Basaglia di Gorizia. Tra i casi studio approfonditi figurano l'ospedale Sainte-Anne di Parigi e il Santa Maria della Pietà di Roma, esaminati come esempi emblematici di riconversione degli ex manicomi in spazi dove la cura della salute mentale si intreccia con la memoria e la narrazione collettiva, favorendo una nuova integrazione con il tessuto sociale e urbano. Cfr. <https://arts.units.it/handle/11368/3059810> (ult. cons. 19/07/2025).

⁵ M. Di Prisco, *L'architettura della soglia*, cit.

⁶ P. Martelli, *Una nuova introduzione 10 anni dopo*, in Unità operativa semplice dipartimentale Museo Laboratorio della Mente (a cura di), *Museo Laboratorio della Mente*, Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1-Studio Azzurro, Silvana Editoriale, Milano 2019, pp. 10-15.

⁷ C. Lenza, *I manicomi tra memoria e futuro*, in «FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la città», X (2017), n. 41, pp. 82-89, doi: <http://www.dx.doi.org/10.12838/issn.20390491/n41.2017/8> (ult. cons. 19/07/2025).

generalmente in depositi custodiali privi di capacità terapeutiche.

Nel corso del XX secolo, inizialmente per fini diagnostici e poi terapeutici, la stessa psichiatria ha d'altronde cominciato a esplorare le possibilità artistiche dei pazienti e le loro opere realizzate sono state infine riconosciute come forme espressive originali e legittimate anche nei circuiti di mercato, tanto da essere esposte in musei che, pur nascendo soprattutto in contesti psichiatrici, si sono evoluti in luoghi di riflessione sociale e culturale. Questi musei raccontano non solo la storia della psichiatria, ma anche quella di chi vi ha vissuto, dando voce a una parte della società che per lungo tempo è stata emarginata⁸.

In Italia, attualmente, circa una decina di ex manicomi ospitano sezioni museali o percorsi espositivi dedicati alla storia della psichiatria. Si tratta di iniziative in cui gli operatori e le istituzioni hanno cercato di superare l'immaginario pietistico o accusatorio degli anni Settanta⁹, per restituire complessità alle vicende degli internati e ai processi psichiatrici. Questi musei adottano strategie espositive diverse a seconda dei contesti locali¹⁰. In alcuni casi si privilegia la ricostruzione storica, attraverso oggetti, cartelle cliniche, documenti, fotografie. In altri si usano linguaggi sensoriali, installazioni immersive, nuove tecnologie, per coinvolgere il pubblico in una riflessione empatica. La digitalizzazione degli archivi diventa uno strumento fondamentale per costruire nuove narrazioni e garantire l'accessibilità delle fonti. Molti musei non evitano la parte più dura della memoria psichiatrica, esponendo strumenti di contenzione, celle, camicie di forza.

Un esempio significativo di questa trasformazione è l'ex ospedale psichiatrico di Maggiano, oggi sede della Fondazione Mario Tobino. Qui, oltre a occuparsi di conservare e digitalizzare di un vasto archivio multimediale – composto da documenti scritti, immagini e materiali audiovisivi –, la fondazione promuove costantemente attività culturali, convegni e seminari a carattere psichiatrico e letterario. Di particolare rilievo sono anche le iniziative di integrazione socioterapeutica rivolte agli utenti dei servizi di salute mentale. La palazzina un tempo destinata ai medici ospita attualmente più di duecento strumenti scientifici e medici, testimoni dell'evoluzione delle pratiche cliniche adottate nella struttura¹¹.

Un altro caso emblematico è il Museo del manicomio – La follia reclusa allestito nell'ex ospedale psichiatrico provinciale di San Servolo a Venezia. Attivo dal 2006, il percorso espositivo ripercorre, entro la più lunga storia dell'isola e delle sue trasfor-

⁸ A.T. Scull, *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in 19th Century England*, Penguin Books, London 1979.

⁹ V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014.

¹⁰ L. Armiato, P. Martelli (a cura di), *Museo, memorie e narrazioni per la salute mentale*, in «Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia», 3 (2019), n. 2, pp. 9-142.

¹¹ Introduttivamente, <https://fondazionemariotobino.it/la-storia/> (ult. cons. 19/07/2025).

mazioni architettoniche, l'evoluzione dell'ospedale settecentesco e del manicomio otto-novecentesco sino alla sua dismissione. Il museo si articola tra la ricostruzione della sala anatomica al piano terra e gli ambienti del primo piano, dove reperti storici illustrano l'evoluzione delle pratiche di contenzione. Completano il percorso la visita all'antica farmacia, alle biblioteche e agli archivi clinici di San Servolo e dell'altro manicomio (quello che fu riservato alle donne) di San Clemente. Proprio grazie alla conservazione delle cartelle cliniche è stato possibile ricostruire le storie di molti pazienti, divenuti protagonisti di un'installazione fotografica che ne documenta i volti prima e dopo il ricovero¹².

Un simile approccio alla conservazione è in corso anche a Palermo, dove nel 2007 ha preso avvio il recupero del palazzo della Vignicella, un tempo succursale della Real Casa dei Matti, destinato a ospitare il futuro Museo del Manicomio, visitabile su prenotazione¹³. Un progetto affine è quello del Museo della Psichiatria di Reggio Emilia, sorto nel 2012 all'interno del padiglione dedicato a Cesare Lombroso nell'ex manicomio di San Lazzaro. Il museo conserva l'autenticità degli ambienti originari, valorizzando materiali, cromatismi e tracce di degrado. Persino i graffiti incisi con le suole delle scarpe dai pazienti nelle celle vengono oggi riconosciuti come parte del patrimonio memoriale¹⁴. Lombroso stesso fu tra i primi a collezionare e studiare le produzioni artistiche dei degenti, cercando di cogliere nelle immagini del «mattoide» una connessione tra follia e genialità¹⁵, una linea interpretativa che verrà poi ripresa e sviluppata in ambito europeo.

Un ulteriore tassello in questa mappatura è costituito dalla biblioteca e museo del frenocomio di San Girolamo a Volterra, ovvero dell'Asl 5 di Pisa¹⁶. Oltre a strumenti terapeutici, abiti da infermiere e camicie di forza, vi si conservano fotografie dei graffiti di Oreste Fernando Nannetti, oggi quasi scomparsi dai muri del reparto Ferri¹⁷. Tra questi spicca un'incisione monumentale alta in origine 2 metri e lunga 180 (ne sono rimasti i residui di circa 53 metri per un'altezza media di 120 centimetri), realizzata con la fibbia del panciotto che l'autore indossava durante il ricovero. L'opera, che trasporta l'osservatore in un universo simbolico e astrale, è stata interpretata

¹² Introduttivamente, <https://servizimetropolitani.ve.it/it/museomanicomio> (ult. cons. 19/07/2025).

¹³ Entro una sperimentazione progettuale urbana più complessa: cfr. per esempio L. Macaluso, *Future memorie. L'ex ospedale psichiatrico di Palermo*, in «FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la storia della città», VII (2017), n. 41, pp. 72-81, doi: <http://www.dx.doi.org/10.12838/issn.20390491/n41.2017/7> (ult. cons. 19/07/2025).

¹⁴ Introduttivamente, <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/> (ult. cons. 19/07/2025).

¹⁵ P. Bianucci *et alii* (a cura di), *Il Museo di Antropologia Criminale "Cesare Lombroso" dell'Università di Torino. Guida alla visita*, Edizioni Cortina, Torino 2011, p. 41.

¹⁶ Introduttivamente, <https://www.manicomiodivolterra.it/> (ult. cons. 19/07/2025).

¹⁷ R. Castiglia, *Frenocomio di San Girolamo a Volterra*, in C. Ajroldi *et alii* (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia*, cit., pp. 207-209.

grazie alla mediazione di Aldo Trafeli, l'unico infermiere con cui Nannetti riusciva a comunicare. Questa straordinaria testimonianza è stata esposta anche all'estero, nella *Collection de l'Art Brut* di Losanna, che nel 2011 gli ha dedicato una mostra monografica¹⁸. La biblioteca-museo di Volterra conserva inoltre una collezione di dipinti a olio che raffigurano le fasi progettuali dei padiglioni e oltre centoquaranta plastici architettonici che illustrano l'evoluzione del complesso ospedaliero.

Il caso di Nannetti è stato riscoperto anche grazie al film-documentario *L'osservatorio nucleare del signor Nanof*, prodotto nel 1985 da Studio Azzurro¹⁹. Questo lavoro sperimentale, nato dall'intersezione tra ricerca e arte, segna l'inizio di un percorso di allestimenti museali su temi sensibili, in cui lo spettatore diventa parte attiva del racconto. Proprio su questo principio si fonda la lunga collaborazione tra Studio Azzurro e il Museo Laboratorio della Mente presso l'ex ospedale Santa Maria della Pietà di Roma, esempio pionieristico di museo immersivo capace di unire memoria, tecnologia e partecipazione²⁰. Situato al piano terra di uno dei padiglioni del complesso, il Museo Laboratorio di Roma, nasce nel 2000 grazie a una collaborazione tra l'azienda sanitaria locale e l'ex manicomio (che in precedenza fu uno dei primi ospedali per pazzi italiani), adottando approcci immersivi e sensoriali, combinando oggetti storici, video, suoni e percorsi interattivi che invitano il visitatore a riflettere criticamente sul concetto di normalità e sullo stigma che ancora circonda la salute mentale²¹. Non si tratta solo di esporre oggetti o testimonianze ma di attivare processi educativi e partecipativi: il museo diventa così uno spazio in cui il cittadino è chiamato a riconoscersi come «corpo narrante», portatore di una storia, indipendentemente dalla propria condizione di salute mentale²². È un dispositivo di memoria ma anche di invenzione, dove il confine tra normalità e alterità si dissolve nella pluralità delle esperienze²³.

Sulla scia di questa filosofia è nata nel 2019 l'esposizione permanente Museo della Mente – C'era una volta il manicomio dell'ospedale psichiatrico di Rieti, dal 1923 succursale del Santa Maria della Pietà di Roma e arrivato ad accogliere oltre 900 internati. Il museo riorganizzato propone un racconto incentrato sulle storie indi-

¹⁸ Cfr. il catalogo dell'esposizione: L. Peiry, *Nannetti*, Infolio, Gollion-Lausanne 2011.

¹⁹ <https://www.manicomiodivolterra.it/losservatorio-nucleare-del-signor-nanof/> (ult. cons. 19/07/2025).

²⁰ Introduttivamente, <https://www.museodellamente.it/> (ult. cons. 19/07/2025).

²¹ Il progetto del museo è curato dal dottor Pompeo Martelli, psicologo del Dsm e ora direttore del museo-laboratorio: attualmente si sta occupando dell'ampliamento del nuovo museo allestito in un intero padiglione all'interno del comprensorio.

²² F. Cirifino, P. Rosa, L. Sangiorgi, *Musei, memorie e narrazioni per la salute mentale. Narrazioni, immagini, interattività*, in L. Armiato, P. Martelli (a cura di), *Museo, memorie e narrazioni per la salute mentale*, cit., pp. 107-120.

²³ Questo approccio ha ispirato progetti analoghi anche all'estero, come il Museum of the Mind di Sydney, realizzato presso il Callan Park Hospital for the Insane, o il Bethlem Museum of the Mind di Londra, inaugurato nel 2015, che condivide la stessa vocazione a rendere accessibile e partecipata la storia della psichiatria: su questo si tornerà poco oltre.

viduali dei pazienti, tra il 1947 e il 2000. Pitture, fotografie, lettere e testimonianze scritte sono esposte all'interno delle celle stesse, trasformate in luoghi di narrazione corale e restituzione umana²⁴.

Sono proprio queste pratiche di *contro-narrazione*, in cui l'internato smette di essere oggetto del discorso per divenirne soggetto, a riflettere l'inversione proposta da Franco Basaglia²⁵. In questa prospettiva, un modello emblematico appare anche il Museo d'Arte Paolo Pini di Milano, sorto dalla collaborazione tra il Dipartimento di salute mentale dell'ospedale Niguarda e l'Accademia di belle arti di Brera²⁶. Nato nel 1993 all'interno dell'omonimo ospedale ancora attivo, il progetto ha aperto le porte a numerosi artisti con l'intento di trasformare lo spazio manicomiale in un luogo di scambio culturale e creazione collettiva. Qui, la produzione artistica non è terapia passiva ma occasione di incontro tra professionisti e persone in cura, tra linguaggi sanitari e linguaggi visivi, in una coabitazione che sfuma i confini tra "normalità" e "devianza". Oggi, il museo continua a operare come centro diurno e museo diffuso, ospitando corsi di arteterapia, residenze d'artista e visite guidate curate dagli stessi utenti del Centro di salute mentale. Uno dei momenti più rappresentativi di questa trasformazione è il festival *Da vicino nessuno è normale*, attivo dal 1997, che ha riportato la cittadinanza milanese negli spazi periferici dell'ex manicomio, riattivando un luogo che per decenni aveva incarnato l'isolamento e l'incomunicabilità. Anche le architetture del manicomio, grazie agli interventi artistici (come l'opera *Fiore fuori di... zucca* di Stefano Pizzi del 1995, sul padiglione 4), sono diventate superfici narrative, capaci di restituire un senso e una funzione condivisa agli spazi della cura e della memoria²⁷.

3. Confronto internazionale: dalla memoria alla collettività

L'esperienza italiana ha avuto eco anche all'estero, seppure con declinazioni diverse. Nei paesi dove la deistituzionalizzazione non è stata completata, si osservano musei che coesistono con ospedali attivi nelle pratiche di cura psichiatrica. In questi contesti, la riflessione sulla psichiatria si intreccia a quella sull'etica della rappresentazione.

Nel panorama europeo, la creazione di musei psichiatrici ha preso piede prin-

²⁴ Il progetto è curato dal dottor Manlio Paolocci, medico psichiatra ed ex direttore dell'ospedale psichiatrico San Francesco di Rieti, che ha vissuto in prima persona la realtà manicomiale. Cfr. <https://www.museosalutementale.it/> (ult. cons. 19/07/2025).

²⁵ Si fa qui riferimento all'intervista a Franco Basaglia: G.P. Semino, *Intervista a Franco Basaglia*, in «Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio», I (1978), n. 3, pp. 24-25.

²⁶ Introduttivamente, <https://www.mapp-arca.it/> (ult. cons. 19/07/2025).

²⁷ Introduttivamente, <https://artbonus.gov.it/associazione-olinda-odv-festival-da-vicino-nessuno-e-normale.html>; <https://teatrolacucina.org/da-vicino-nessuno-e-normale/> (ult. cons. 19/07/2025).

cialmente in realtà come Francia, Belgio, Inghilterra e Paesi Bassi, dove la storia manicomiale è stata accompagnata dalla riflessione sull'*Art Brut* e l'*Outsider Art* (locuzioni dalle differenti sfumature che appartengono a successivi contesti storici²⁸) e dove le collezioni artistiche nate all'interno degli ospedali psichiatrici sono spesso diventate cuore pulsante di musei e mostre. Queste «interpretazioni» di forme d'arte prive di «modelli e finalità esterne alla personale necessità espressiva» hanno visto una diffusione globale grazie al lavoro di artisti e studiosi come Jean Dubuffet e Roger Cardinal, che avevano portato l'attenzione sulle opere di pazienti psichiatrici come forme artistiche originali e senza precedenti.

Il concetto di *Art Brut* – arte grezza –, che indica una produzione creativa realizzata da soggetti privi di una formazione accademica, sottolinea un'estraneità ai circuiti consueti dell'arte: nacque per indicare un'arte spontanea, istintiva, svincolata dai codici e dalle convenzioni della cultura artistica ufficiale. La locuzione fu coniata nel secondo dopoguerra da Jean Dubuffet a partire dal suo interesse per le creazioni di soggetti autodidatti, internati, emarginati, «indenni della cultura artistica»²⁹: la sua attenzione si concentrò in particolare sulle opere realizzate da persone affette da disturbi mentali, riconoscendo in esse una forza espressiva autentica e radicale.

Già nel 1946 Dubuffet organizzò per la prima volta una «Mostra delle opere dei malati di mente», allestendola all'interno del manicomio di Sainte-Anne a Parigi e suscitando l'interesse di psichiatri e critici d'arte³⁰. L'esperienza fu così significativa da essere ampliata e riproposta, su scala internazionale, durante il Congresso mondiale di psichiatria di Parigi del 1950, con *l'Exposition Internationale d'Art Psychopathologique*³¹. Si affermava così, per la prima volta, una visione dell'arte, non più marginale all'interno del contesto psichiatrico ma parte integrante di un nuovo immaginario della cura e della creatività.

Se la collezione iniziale di Dubuffet ha dato origine alla Collection de l'Art Brut di Losanna³², uno dei primi musei al mondo dedicati a queste forme espressive, è emblematico che proprio in uno dei padiglioni dell'ospedale psichiatrico di Sainte-Anne a Parigi sia poi stato istituito, nel 2016, il nuovo *Musée d'Art et d'Histoire de l'Hôpital Sainte-Anne*. L'apertura del museo ha reso accessibili gli atelier dei pazienti-

²⁸ S. Boggio, *Inchiesta Art Brut. Intervista a Tea Taramino*, in «Artribune», 18 giugno 2015: <https://www.artribune.com/attualita/2015/06/inchiesta-art-brut-intervista-tea-taramino-torino/> (ult. cons. 19/07/2025).

²⁹ J. Dubuffet, *L'Art Brut préféré aux arts culturels*, Galerie René Drouin, Paris 1949. Cfr. J. Dubuffet, *Asphyxiante Culture, Pauvert*, Paris 1968 (trad. it. di A. Spatola, *Asfissiante cultura*, Feltrinelli, Milano 1969).

³⁰ S. Henry, C. Lavielle, F. Patenotte (sous la direction de), *L'hôpital Sainte-Anne. Pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au coeur de Paris*, Somogy, Paris 2017.

³¹ R. Volmat, *L'Art Psychopathologique*, Presses Universitaires de France, Paris 1956.

³² Introduttivamente, <https://lausannemusees.ch/it/museums/collection-de-l-art-brut> (ult. cons. 19/07/2025).

artisti, trasformati in un patrimonio espositivo unico: opere inedite, libere dai canoni accademici, capaci di attrarre pubblici eterogenei e di guidarli, quasi inconsapevolmente, attraverso luoghi un tempo segnati da emarginazione e dolore³³.

In seguito, in Inghilterra, Roger Cardinal riformulò il concetto di *Art Brut* e in *Outsider Art* (1972), ponendo l'accento su una definizione più neutra e flessibile che allo stesso tempo continua a collocare questi autori "fuori" dal sistema dell'arte ufficiale³⁴. Questo approccio si diffuse rapidamente in Europa e negli Stati Uniti, portando all'apertura di numerosi spazi espositivi e alla nascita, nel 1989, della rivista «Raw Vision», ancora oggi punto di riferimento internazionale per la divulgazione dell'arte outsider³⁵.

Anche musei psichiatrici come il Guislain di Gand in Belgio adottano questo modello narrativo: accanto a una collezione storica che documenta la vita manicomiale con fotografie risalenti alla fine dell'Ottocento, il museo ospita un'importante collezione d'arte outsider, iniziata con i lavori dei pazienti e ampliata dal 2002 con opere internazionali legate alla cura della salute mentale³⁶. Lo stesso approccio si ritrova al Museo della Psichiatria di Berna, dove le opere raccolte dallo psichiatra Walter Morgenthaler testimoniano la creatività dei degenti in un percorso che accompagna la trasformazione della struttura, dalla "casa dei matti" del 1749 all'attuale clinica universitaria³⁷.

Un'altra esperienza esemplare è quella del Dolhuys Museum nei Paesi Bassi, che intreccia collezioni d'arte outsider con oggetti, documenti e pratiche assistenziali storiche, offrendo una narrazione inclusiva e accessibile, anche grazie all'innovativa modalità di visita «a basso stimolo»³⁸, ideata in collaborazione con la *Unlimited Enjoyment Foundation*³⁹. Qui, luci soffuse, spazi intimi e strumenti visivi rendono possibile un'esperienza empatica per visitatori con diverse sensibilità sensoriali, ampliando l'accessibilità culturale.

Persino nel noto Bethlem Royal Hospital, nell'immaginario occidentale a lungo simbolo del confinamento della follia⁴⁰, l'arte dei pazienti è diventata protagonista. Il Bethlem Museum of the Mind, inaugurato nel 2015, è ospitato nell'ex edificio amministrativo e presenta opere di artisti outsider che sono o sono stati pazienti della struttura, affiancate da mostre temporanee e display interattivi. Il percorso museale è pensato per coinvolgere il visitatore in una riflessione partecipata sui temi della

³³ Introduttivamente, <https://mahhsa.fr/> (ult. cons. 19/07/2025).

³⁴ R. Cardinal, *Outsider Art*, Studio Vista, London 1972.

³⁵ <https://rawvision.com/pages/about> (ult. cons. 19/07/2025).

³⁶ Introduttivamente, <https://www.museumdrguislain.be/en/collection> (ult. cons. 19/07/2025).

³⁷ <https://psychiatrie-museum.ch/> (ult. cons. 19/07/2025).

³⁸ Introduttivamente, <https://museumvandeegeest.nl/english-information/> (ult. cons. 19/07/2025).

³⁹ Azienda che dispone di strumenti per realizzare visite in questa modalità a musei, teatri e altri luoghi culturali: <https://www.onbeperkt-genieten.nl/> (ult. cons. 19/07/2025).

⁴⁰ J. Andrews *et alii*, *The History of Bethlem*, Routledge, London-New York 1997.

salute mentale, grazie anche alla possibilità di esplorare le dinamiche del rapporto psichiatra-paziente⁴¹. Come rilevato da alcune indagini⁴², molti visitatori ammettono di essere stati attratti dal mito di *Bedlam* o dalla curiosità morbosa verso la malattia mentale ma l'esperienza museale riesce spesso a smontare questi pregiudizi, stimolando un cambio di sguardo.

Tuttavia, la musealizzazione della psichiatria non è priva di ambiguità. Vi è il rischio che i musei, soprattutto in ospedali ancora operativi, alimentino una forma di «dark tourism»⁴³ o reiterino pratiche di esclusione. Alcuni studiosi mettono in guardia contro il rischio di trasformare questi luoghi in scenari dove la sofferenza viene spettacolarizzata piuttosto che compresa⁴⁴. La presenza di strumenti di contenzione, celle di isolamento e altri reperti può suscitare una curiosità morbosa, rafforzando lo stigma invece di decostruirlo.

Il confronto tra i contesti italiani ed europei rivela come l'efficacia delle pratiche museali dipenda non solo dai contenuti esposti ma anche dal metodo e dall'approccio curatoriale adottati. La presenza di modelli partecipativi strutturati, l'attenzione all'accessibilità e alla pluralità dei pubblici, così come il riconoscimento delle pratiche artistiche dei pazienti come patrimonio culturale, rappresentano tratti distintivi, ma la riflessione sull'*Outsider Art* solleva interrogativi cruciali. L'inclusione di queste opere nei circuiti museali rischia, da un lato, di neutralizzarne la carica sovversiva; dall'altro, può rappresentare un'occasione per riconsiderare le categorie stesse dell'arte e dell'autorialità. La tensione tra riconoscimento e appropriazione, tra valorizzazione e istituzionalizzazione, rimane aperta e richiede una continua vigilanza critica da parte di curatori, studiosi e comunità.

4. Il caso goriziano: un museo per il Parco Basaglia

L'analisi condotta sulle esperienze museali legate alla memoria della deistituzionalizzazione psichiatrica ha rappresentato un passaggio fondamentale nella defini-

⁴¹ Introduttivamente, <https://museumofthemind.org.uk/> (ult. cons. 19/07/2025).

⁴² K. Lotzof, *Spectacles of Madness: Representing Mental Health from 'Bedlam' to Bethlem Museum of the Mind*: https://www.academia.edu/30767926/Spectacles_of_Madness_Representing_Mental_Health_from_Bedlam_to_Bethlem_Museum_of_the_Mind_docx (ult. cons. 19/07/2025).

⁴³ W.S. Amin *et alii*, *Dark tourism as a new trend in the Egyptian Tourism Industry: "Challenges and opportunities"*, in «Minia Journal of Tourism and Hospitality Research», 2 (2017), n. 2, pp. 20-52: <https://doi.org/10.21608/MJTHR.2017.139609> (ult. cons. 19/07/2025).

⁴⁴ M. Guglielmi, *Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica*, in «Scritture Migranti», 13 (2019), pp. 177-204: <https://doi.org/10.6092/issn.2035-7141/12002> (ult. cons. 19/07/2025). Cfr. P.R. Stone, *A Dark Tourism Spectrum: Towards a typology of death and macabre related tourist sites, attractions and exhibitions*, in «Tourism: An International Interdisciplinary Journal», 54 (2006), n. 2, pp. 145-160: <https://clerk.uclan.ac.uk/id/eprint/27720/> (ult. cons. 19/07/2025); I. Mytaftsi, *Dark Tourism and Ethics*, in D. Buhalis (a cura di), *Encyclopedia of Tourism Management and Marketing*, 4 voll., Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2022, vol. I, pp. 769-77.

zione di un'ipotesi progettuale sviluppata all'interno della ricerca di dottorato. In particolare, l'indagine sulle modalità narrative, interattive e sensoriali adottate in queste esperienze ha offerto strumenti concettuali e operativi per immaginare una nuova forma di museo all'interno del Parco Basaglia di Gorizia. Tra le esperienze più significative di riconversione e valorizzazione degli ex ospedali psichiatrici in Italia, il caso del Parco Basaglia riveste un ruolo emblematico sia per la sua centralità storica nella rivoluzione psichiatrica italiana, proprio qui Franco Basaglia avviò il processo di deistituzionalizzazione, sia per la sua collocazione geografica e geopolitica: il confine dell'area coincide letteralmente con quello di Stato, rendendola un luogo transfrontaliero, denso di significati simbolici e operativi. Oggi, quel confine è segnato solo da una rete metallica ma la discontinuità nei processi di deistituzionalizzazione tra Italia e Slovenia è ancora percepibile: se da un lato il modello basagliano ha trasformato la salute mentale in Italia, dall'altro tale trasformazione è ancora parziale.

Attualmente la storia dell'ex manicomio goriziano viene in parte raccontata attraverso un museo virtuale, accessibile da piattaforme digitali: la mostra *Diritti al Cubo. Gorizia epicentro di una rivoluzione. La fine del manicomio, la nascita dei diritti*, promossa dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia, fruibile sia online sia in realtà immersiva presso la sede della Fondazione, ripercorre la rivoluzione psichiatrica avviata da Franco Basaglia a Gorizia negli anni Sessanta, culminata nella legge 180 del 1978 che abolì i manicomi in Italia. Attraverso tecnologie immersive la mostra consente ai visitatori di esplorare documenti, testimonianze e materiali d'archivio, rendendo accessibile a un vasto pubblico la memoria di una trasformazione sociale e culturale di portata internazionale⁴⁵.

Tuttavia, nel progetto di ricerca si propone una realtà museale fisica, radicata nel territorio e capace di offrire un'esperienza spaziale del luogo attraverso elementi narrativi e sensoriali. Si ipotizza la necessità di preservare una memoria percettiva, fatta di segni e tracce – visibili e invisibili – che raccontano l'identità profonda del luogo: coperture leggere, pavimentazioni differenziate, scenari ipogei o epigei fungono da dispositivi di sosta, rifugio, gioco e interazione, stimolando l'appropriazione sensibile e collettiva degli spazi. Questi interventi diventano parte integrante di un museo diffuso, che prende forma dentro e oltre le soglie fisiche e simboliche del complesso, trasformando i luoghi in spazi narranti, attivi nella costruzione contemporanea di una cultura della cura della salute mentale e nella conservazione della memoria del luogo; valorizzando gli "spazi di soglia" come metafore di attraversamento tra alterità e come luoghi in cui passato e presente, memoria e progetto, entrano in dialogo.

⁴⁵ Introduttivamente, <https://www.fondazionecarigo.it/it/26781/diritti-al-cubo-gorizia-epicentro-di-una-rivoluzione-la-fine-del-manicomio-la-nascita-dei-diritti> (ult. cons. 19/07/2025).

5. Conclusioni

Nonostante i cambiamenti nelle rappresentazioni della follia e nelle modalità di cura, è impossibile immaginare una completa rottura con l'eredità ingombrante degli ospedali psichiatrici. Perché i musei della mente possano davvero diventare spazi di trasformazione, è necessario che essi si aprano alla partecipazione attiva della comunità. Per evitare il rischio di oggettivare la sofferenza, questi spazi devono promuovere processi inclusivi, coinvolgendo pazienti, ex-pazienti e operatori e cittadini in attività condivise. Solo così il museo può diventare un luogo di apprendimento reciproco, laboratorio di cittadinanza e strumento di trasformazione culturale e di dialogo⁴⁶. In questa prospettiva, il museo si configura come un dispositivo narrativo capace di affrontare una memoria scomoda senza rimuoverla ma anzi rielaborandola e trasformandola in risorsa collettiva. Convivere con la memoria della follia significa accettarne la complessità, riconoscerne la violenza istituzionale ma anche le potenzialità espressive, artistiche e relazionali. Significa trasformare i luoghi di reclusione in spazi di incontro, dove il passato non è un peso da dimenticare ma una chiave per comprendere il presente e immaginare nuovi futuri.

In futuro, questi musei potrebbero ulteriormente evolversi, assumendo un ruolo centrale nel processo inclusivo, creando ambienti che non solo raccontano la storia della psichiatria ma anche quella dell'intera comunità. In questo senso, i musei potrebbero diventare luoghi di empatia, in cui la somiglianza e la differenza, il passato e il presente, si intrecciano per costruire una società più inclusiva e comprensiva.

⁴⁶ R. Sandell, *Museums, Prejudice and the Reframing of Difference*, Routledge, London 2007.

Reimmaginare i margini urbani: ex manicomi, arte e memoria collettiva

Francesca Bianchi, Gozde Yildiz¹

1. Introduzione

Un'ampia letteratura ha analizzato, nel tempo, il concetto di attaccamento al luogo e le difficoltà connesse alla riqualificazione delle ex istituzioni psichiatriche². Queste strutture, spesso estese e centrali nel tessuto urbano, continuano a essere gravate da uno stigma persistente, rendendo complessa la loro integrazione nel paesaggio sociale urbano anche dopo la cessazione delle funzioni originarie. Tali luoghi, intrisi di memoria e significato storico, riflettono oggi una complessa e delicata eredità lasciata dalle istituzioni asilari un tempo deputate all'assistenza psichiatrica³.

In Italia, la chiusura dei manicomi sancita dalla legge 180 del 1978 ha rappresentato una svolta epocale nelle politiche di cura⁴, promuovendo una visione basata

¹ Sebbene il contributo sia frutto di una riflessione comune, i paragrafi 2 e 4 sono stati elaborati da Gozde Yildiz e il 3 da Francesca Bianchi: *Introduzione* e *Conclusioni* sono state scritte a quattro mani.

² Per ulteriori approfondimenti, cfr. C. Gibbeson, *Place attachment and negative places: A qualitative approach to historic former mental asylums, stigma and place-protectionism*, in «Journal of Environmental Psychology», 71 (2020), 101490: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101490> (ult. cons. 12/08/2025); G. Moon, R. Kearns, *The Afterlives of the Psychiatric Asylum: Recycling Concepts, Sites and Memories*, Routledge, London 2015: <https://doi.org/10.4324/9781315612317> (ult. cons. 12/08/2025); R. Osborne, *Asylums as cultural heritage: the challenges of adaptive re-use*, in C. Coleborne, D. MacKinnon (edited by), *Madness in Australia: histories, heritage and the asylum*, University of Queensland Press, St. Lucia 2003, pp. 217-227; L. Topp, *The modern mental hospital in late Nineteenth-Century Germany and Austria: psychiatric space and images of freedom and control*, in L. Topp, J.E. Moran, J. Andrews (edited by), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, Routledge, New York 2007, pp. 241-261.

³ Cfr. C. Gibbeson, *op. cit.*; F. Lanz, *Mind Museums: Former Asylums and the Heritage of Mental Health*, Routledge, London 2024: <https://doi.org/10.4324/9781003258971> (ult. cons. 12/08/2025); G. Galeotti (a cura di), *L'impossibile diventa possibile. La nuova vita degli ex manicomi italiani*, Castelvecchi, Roma 2024.

⁴ C. Polcri, *Writing behind the walls. A walk by the silent side of Italian mental institutions*, in «Rivista della Società italiana di antropologia medica», 10 (2005), n. 19-20, pp. 273-288: <https://www.amanthropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/226/216> (ult. cons. 12/08/2025); G.V. Di-stefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione*, ETS, Pisa 2025.

sull'inclusione e sulla territorializzazione dei servizi. Tuttavia, tale trasformazione normativa non ha automaticamente risolto il destino materiale, sociale e simbolico degli spazi dell'internamento psichiatrico. Oggi, gli ex manicomio continuano a configurarsi come luoghi ambigui: abbandonati o sottoutilizzati, ancora segnati da uno stigma persistente, eppure al contempo centrali nel tessuto urbano, oltre che portatori di un'eredità complessa e sfaccettata. Nel contesto dei processi contemporanei di rigenerazione urbana, questi luoghi rischiano di essere rimossi, neutralizzati o banalizzati, con la conseguenza di una grave perdita della loro carica storica, socio-culturale e critica.

Il nostro contributo intende interrogarsi su come sia possibile ripensare la *madness* – intesa come esperienza umana, sociale e culturale – e la memoria degli spazi manicomiali quali chiavi critiche per leggere la città, le sue marginalità, le sue storie invisibili e le sue potenzialità trasformative. Intendiamo, in particolare, analizzare il ruolo dell'arte e del design come risorse capaci di riattivare la memoria collettiva dei luoghi pensati per la reclusione psichiatrica, generando percorsi di riappropriazione affettivamente partecipati. Ben oltre la dimensione puramente estetica o rappresentativa, le pratiche artistiche e progettuali si configurano come strumenti di intervento critico nello spazio urbano, in grado di disarticolare confini simbolici e spaziali – *dentro/fuori, centro/periferia, normalità/devianza* – promuovendo narrazioni plurali. Attraverso tali dispositivi, la memoria della follia si fa risorsa operativa in grado di immaginare nuove forme di cittadinanza, cura e convivenza urbana.

Attraverso l'analisi di due progetti partecipativi realizzati nell'area dell'ex manicomio di Arezzo, *Siamo tutte Elettra* e *Chimere*, il contributo mette in luce come la memoria della follia possa trasformarsi in un bene comune, generativo di nuove forme di socialità, convivialità, cura e immaginazione del futuro. La follia, in questa prospettiva, non è più solo qualcosa da cui difendersi o archiviare ma uno spazio di possibilità, di dissenso creativo, di rottura e ricomposizione del senso comune. L'arte, in quanto pratica situata, relazionale e sensibile, si rivela uno strumento privilegiato per abitare criticamente i luoghi della memoria, conferendo loro nuovo senso, e costruendo nuovi potenti immaginari urbani⁵.

2. Gli ex-manicomio come spazi della memoria e dello stigma

A partire dalla seconda metà del XIX secolo, molti complessi manicomiali si sono sviluppati in linea con il modello *Ali Scherbitz*, una struttura prussiana innovativa che ha introdotto la tipologia del villaggio come alternativa asilare. Questo modello, che implicava il trattamento detto *no-restraint*, prevedeva la dispersione dei pazienti

⁵ F. Fiaschini, *Per-formare il sociale. Controcampi. Estetiche e pratiche della performance negli spazi del sociale*, Bulzoni, Roma 2022; G. Galeotti (a cura di), *L'impossibile diventa possibile*, cit.

in diversi edifici invece di ospitarli in un'unica grande struttura⁶, con padiglioni destinati a diverse funzioni, inclusi servizi medici fondamentali come infermerie, case per il personale, aree di ricerca, l'archivio e centri di trattamento. Le sistemazioni per i pazienti erano organizzate per funzione, sesso, condizione medica e status sociale o custodiale, comprendendo generalmente dormitori, servizi igienici, aree comuni, unità di isolamento e camere disciplinari⁷.

Se gli ex ospedali psichiatrici sono generalmente riconosciuti per il loro valore storico, sociale e architettonico⁸, il che li rende potenzialmente idonei per la designazione come siti di interesse culturale, la loro percezione è tuttavia spesso influenzata da una reputazione compromessa e da uno stigma legato ai luoghi connotati da sensazioni diffuse di rifiuto e isolamento, nonché da associazioni negative⁹.

In questa prospettiva, l'archivio storico dell'ex ospedale neuropsichiatrico di Arezzo si configura come una risorsa preziosa non soltanto per la sua valenza di infrastruttura fisica ma anche come componente fondamentale del patrimonio culturale urbano condiviso. Esso conserva una vasta gamma di risorse, tra cui letteratura medica, enciclopedie, trattati, riviste scientifiche, testi prodotti da vari ospedali psichiatrici, fotografie, video, documenti, diari di medici e pazienti nonché risultati di ricerche mediche condotte all'interno delle strutture¹⁰. Le recenti esperienze di ricerca-azione realizzate con la comunità del Pionta, che coinvolgono l'Università di Siena, le scuole locali, le associazioni culturali, gli artisti e le istituzioni di design delle città circostanti, offrono importanti spunti per la valorizzazione collettiva e per la loro rielaborazione come luoghi di memoria e di rinnovato significato sociale¹¹.

⁶ Cfr. G. Allmond, *The First Garden City? Environment and utopianism in an Edwardian institution for the insane poor*, in «Journal of Historical Geography», 56 (2017), pp. 101-112: https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/126820648/Garden_City.pdf (ult. cons. 1/08/2025); S. Roberto, *Cultura architettonica e pratica terapeutica nella progettazione del manicomio di Arezzo*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della Follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017, pp. 106-125.

⁷ F. Lanz, *op. cit.*, p. 52.

⁸ M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della Follia*, cit.

⁹ Cfr. S.L. Bell *et alii*, *From Therapeutic Landscapes to Healthy Spaces, Places and Practices: A Scoping Review*, in «Social Science & Medicine» 196 (2018), pp. 123-130: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.035> (ult. cons. 12/08/2025); V.J. Wood *et alii*, «Therapeutic Landscapes» and the Importance of Nostalgia, Solastalgia, Salvage and Abandonment for Psychiatric Hospital Design, in «Health & Place» 33 (2015), pp. 83-89: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.02.010> (ult. cons. 12/08/2025).

¹⁰ Cfr. R. Nodari, S. Calamai, H. Van den Heuvel, *Less is more when FAIR. The minimum level of description in pathological oral and written data*, in M. Monachini, M. Eskevich, E. Clarin (edited by), *Proceedings of CLARIN Annual Conference 2021*, Utrecht 2021, pp. 166-171: https://office.clarin.eu/v/CE-2021-1923-CLARIN2021_ConferenceProceedings.pdf (ult. cons. 12/08/2025); F. Lanz, *op. cit.*, p. 52.

¹¹ F. Bianchi, M. Filoni, G. Yildiz, *Processi partecipativi e salute mentale: opportunità e sfide*, in T. Tarsia, A. Nucita, (a cura di), *Saperi professionali e co-ricerca nei servizi. Otto saggi di scrittura collettiva*, FrancoAngeli, Milano 2024, pp. 77-88.

3. Memoria attiva e futuri possibili

Le iniziative che riguardano gli edifici abbandonati sono di solito finalizzate a preservare i valori del paesaggio urbano, della memoria, del patrimonio culturale¹². In questa prospettiva, gli ospedali storici, chiusi o abbandonati, celano potenzialità enormi non solo dal punto di vista architettonico ma anche da quello relativo al loro specifico contributo per una visione rinnovata di cura urbana. Nel nostro caso, l'ex ospedale neuropsichiatrico di Arezzo, a lungo operante (1901-1990) nel parco del Pionta mostra un'importante area verde (suddivisa tra Università di Siena, Comune, Provincia e Usl Toscana Sud-Est), vero e proprio polmone verde per la città e i quartieri limitrofi, essi stessi luoghi densi di memorie storiche e sociali. Il consistente patrimonio architettonico e culturale comprende i resti archeologici dell'antico duomo di Arezzo (IX sec.) e gli edifici del complesso manicomiale, il tutto in una cornice paesaggistica di grande rilievo. Concepita come cittadella ergoterapica autonoma dal primo direttore della struttura manicomiale Arnaldo Pieraccini (1904-1950), divenne poi tra il 1971 e il 1979, grazie alla figura di Agostino Pirella, collaboratore di Franco Basaglia, un centro di attrazione per giovani operatori (medici, infermieri, volontari) provenienti da tutta Italia. Oggi, nelle sue strutture, sono ospitate parte delle attività universitarie dell'Ateneo di Siena che hanno trasformato gli edifici e gli spazi dell'originaria struttura manicomiale in un campus per la ricerca e l'alta formazione mentre, allo stesso tempo, continua l'opera di tutela e conservazione dell'archivio storico dell'ex ospedale neuropsichiatrico.

Ed è proprio la memoria dell'istituzione totale, nel passato luogo di custodia e al contempo di cura, a costituire l'elemento fondamentale da cui ripartire per un rinnovamento della stessa struttura. In effetti, gli attori universitari sono da tempo impegnati nel mettere a punto strategie progettuali in una logica di riattivazione del luogo per valorizzarne la memoria e le possibili relazioni con il contesto urbano, migliorando le interazioni con la città e sfruttando le potenzialità aggregative dell'area.

In particolare, il Pionta viene assunto come il luogo in cui si cerca di continuare quel processo di cura caratterizzato da uno spirito civico e cooperativo che investe al contempo persone e spazi: un contesto nel quale è possibile vivere la propria quotidianità ma anche un centro di produzione di idee nella gestione condivisa di un parco pubblico diventato, di fatto, un laboratorio urbano a cielo aperto. L'idea, su cui si è convenuto, è stata quella di prendersi cura in modo innovativo di un ex luogo di sofferenza, avviando forme composite di sperimentazione, nelle quali la cura per la città, intesa come realizzazione di una prospettiva di migliore vivibilità dello spazio urbano, potesse assumere maggiore rilevanza.

In uno spazio che mostra enormi potenzialità per l'educazione alla socialità e alla

¹² A. Mela, *La città postmoderna. Spazi e culture*, Carocci, Roma 2020.

convivenza¹³, i progetti via via realizzati hanno visto il costituirsi di un'alleanza tra comunità universitaria, istituzioni, mondo associativo e del Terzo settore, finalizzata ad accogliere gli utenti attraverso la promozione di processi di inclusione sociale.

Se il prodursi di eventi specifici, di stimoli e sollecitazioni rappresentano il più alto indicatore della qualità degli spazi pubblici¹⁴, la sfida è stata quella di sviluppare un senso di riconoscimento e appartenenza nei cittadini in modo da fare propria la città e tornare a fare cura, rigenerando questo territorio dal punto di vista sociale e culturale¹⁵.

3.1 Nuova etica della cura e convivialità dei luoghi

Uno dei temi centrali delle attività progettuali è stato la cura intesa come attività dedicata sia al contesto che ai soggetti interessati a tornare ad abitare questo importante spazio pubblico. Il tema della cura, a nostro parere, risulta strettamente legato a quello della memoria, perché l'ex ospedale neuropsichiatrico conserva al suo interno documenti archivistici riferiti alle storie e alle vicende umane dei pazienti che lì hanno vissuto. Senza attenzione per l'identità di questa struttura, senza cura per la sua memoria, il rischio potrebbe essere perdere il valore di una realtà quasi unica per il territorio nazionale.

Purtroppo, l'area del Pionta appare delimitata da spazi vuoti, oltre che dalla ferrovia, che nel tempo hanno finito con il creare una vera e propria cesura con il centro urbano: in effetti, il parco è vissuto dagli studenti ma è tradizionalmente poco frequentato dai residenti aretini, nonostante si trovi a meno di dieci minuti dal centro storico. Per cercare di rendere il parco più attrattivo per la città e i suoi abitanti, si è cercato appunto di assumere comportamenti di cura capaci di rendere l'area più stimolante e attrattiva per i cittadini di Arezzo, con ciò richiamando quell'obiettivo di apertura e dialogo con il contesto urbano intrapreso fin dalla fine degli anni Settanta, prima dell'approvazione della legge n. 180 del 1978, da parte del direttore dell'istituzione Agostino Pirella.

Il progetto di creazione di uno spazio aperto si è basato sull'attenzione per il luogo, l'ecosistema e le persone. Il modello a cui ci si è in parte ispirati, per cercare di sviluppare un parco aperto, è quello della *cit  * sviluppato da Richard Sennett¹⁶: un contesto dinamico in cui a contare sono soprattutto gli scambi e le relazioni; un ambito dove    possibile la contaminazione ed    promosso l'incontro tra bisogni e

¹³ B. Masiani, *Territorio educante. Spazi dinamici di istruzione nella citt   come scuola*, in «Contesti. Citt   territori progetti», V (2020), n. 2, pp. 163-176: <https://oajournals.fupress.net/index.php/contesti/article/view/12287/12200> (ult. cons. 12/08/2025).

¹⁴ J. Gehl, *Livet mellem busene*, Arkitektens Forlag, Copenhagen 1971 (trad. it. di R. Piomelli, *Vita in citt  : spazio urbano e relazioni sociali*, a cura di A. Borghi, Maggioli, Bologna 2012 (1991).

¹⁵ M. Vanore, M. Triches (a cura di), *Del prendersi cura. Abitare la citt  -paesaggio*, Quodlibet, Macerata 2019.

¹⁶ R. Sennett, *Costruire e abitare. Etica per la citt  *, Feltrinelli, Milano 2018.

funzioni eterogenee; dove il contributo dei gruppi sociali, diversi per genere, etnia, età, status può rappresentare un valore aggiunto.

La dimensione della relazionalità è subito apparsa come quella più sfidante, oltre che una delle più promettenti, data la ricchezza delle voci che hanno abitato e tuttora abitano lo spazio. Il Pionta, come nuova area di condivisione, ha progressivamente assunto il ruolo di attrattore urbano, capace di incentivare partecipazione e fruizione dello spazio attraverso la promozione di azioni conviviali. Seguendo il concetto di convivialità di Illich, gli individui si definiscono nel rapporto con gli altri e con l'ambiente ed è così che il rapporto conviviale è l'esito di persone che partecipano a creare la vita sociale. La vita comune può essere preservata soltanto tramite la cura reciproca. Una pluralità di strumenti e di organizzazioni conviviali stimola diversi modi di vita sia richiamando la memoria, l'eredità del passato, sia rifacendosi all'invenzione, alla creazione ex novo. Convivialità e ospitalità tendono a dare senso all'interdipendenza tra *ego* e *alter*, in un gioco di costante equilibrio tra fare proprio un luogo e straniamento, aprendolo costantemente agli altri¹⁷.

3.2. Partecipazione e coabitazione urbana

La crescente attenzione per il Pionta è maturata con la messa a punto di un importante processo partecipativo. È infatti dalla spinta generata dalla partecipazione che si è innescato un nuovo dialogo tra il parco, gli studenti, il quartiere e i cittadini di Arezzo, in grado di ridare dignità e identità a un luogo dalle grandi potenzialità, portando soprattutto i giovani a sperimentare le proprie esigenze, da un lato, e le responsabilità, dall'altro, per un luogo abitato quotidianamente.

Il progetto *Rigeneramenti. Riabitare il Parco del Pionta*¹⁸ ha avuto quali finalità la creazione di un contesto di conoscenza partecipato e condiviso in vista della rigenerazione sociale urbana del Pionta. Il processo partecipativo ha registrato lo sviluppo di un dialogo importante con i diversi stakeholders (studenti, cittadini, associazioni). Attraverso la stesura condivisa di un masterplan del parco¹⁹, utile a individuare le

¹⁷ I. Illich, *Tools for conviviality*, Calder & Boyers, London 1973 (trad. it. di M. Cucchi, *La convivialità*, Mondadori, Milano 1978 (I ed. 1973)).

¹⁸ Il Progetto è stato finanziato dalla Regione Toscana e avviato nel 2021. Per ulteriori approfondimenti, cfr. F. Bianchi, M. Filoni, G. Yildiz, *Processi partecipativi e salute mentale*, cit.; F. Bianchi, *Perché prendere la cura sul serio. Pratiche di attenzione nella vita quotidiana*, Ortothes, Napoli-Salerno 2023: https://www.researchgate.net/publication/385036643_Perche_prendere_la_cura_sul_serio_Pratiche_di_attenzione_nella_vita_quotidiana; G. Yildiz, *Community-driven heritage care: developing an inclusive and sustainable landscape of care for Pionta*, in «Landscape Research», 49 (2024), n. 6, pp. 882-895: <https://doi.org/10.1080/01426397.2024.2359518> (ult. cons. 12/08/2025).

¹⁹ Il masterplan ha permesso di confrontarsi, indagando su tematiche sensibili e, allo stesso tempo, arrivare alla sintesi del confronto. Il calendario condiviso delle attività culturali ha rappresentato la leva per fornire concretezza alla rivitalizzazione culturale del parco. Infine, con l'intervento pilota di autocostruzione si è voluto lasciare un primo segno tangibile del risultato del processo di rigenerazione partecipata in grado di rappresentare uno stimolo utile per le azioni progettuali future.

traiettorie generali per la rigenerazione, la messa a punto di un calendario di attività culturali, artistiche e di animazione, oltre all'ideazione di un intervento pilota di autoconstruzione in una delle aree di proprietà dell'Università, è apparso chiaro come il Pionta avesse bisogno di riappropriarsi di una nuova identità.

Agendo da spazio pubblico capace di far fiorire una nuova vivacità urbana, l'ascolto per le idee e i bisogni espressi in primis dagli studenti, ma anche dalle associazioni e dai cittadini che hanno via via mostrato crescente interesse per questo luogo, l'identità è apparsa gradualmente mutare in modo senz'altro positivo.

L'attività di cura del Pionta ha registrato la trasformazione di preziosi documenti degli archivi in modo che fossero più accessibili a un ampio pubblico, desideroso di scoprire più da vicino le memorie del Pionta ed è poi continuata con progetti che hanno previsto eventi di riattivazione miranti a creare un rinnovato dialogo con la comunità locale, attraverso la possibilità di immergersi nella memoria e nella vitalità di uno dei patrimoni culturali, sociali e ambientali più significativi della città.

I partecipanti al processo partecipativo sono stati sollecitati a una riflessione sul proprio ruolo di cittadini attivi e invitati a prendere parte a un percorso di scoperta creativa della realtà del parco attraverso strumenti di cura che sono diventati atti di rigenerazione e ricontestualizzazione del Pionta.

Se l'azione di rivitalizzazione è stata affrontata con un approccio multidisciplinare, considerando sostenibilità, inclusione e coesione sociale, il progetto di recupero del *genius loci* prosegue tuttora con la sperimentazione di strategie di intervento adeguate a far rivivere il parco, facendo leva su uno spirito di partecipazione attiva da parte della collettività.

Partendo dal presupposto che in passato, durante il processo storico di deistituzionalizzazione dell'ospedale neuropsichiatrico (avvenuto alla fine degli anni Settanta), le iniziative di confronto tra i cittadini (liberi) e i pazienti (reclusi), avevano permesso di sensibilizzare la collettività attraverso l'organizzazione delle assemblee generali fortemente volute da Agostino Pirella per ridurre stereotipi e pregiudizi che aleggiavano pesantemente sul luogo²⁰, non si poteva non riproporre azioni di stimolo, interesse e attrattività per il luogo, promuovendo in modo quanto mai fattivo l'osmosi tra parco del Pionta e città.

Lo sviluppo di un presidio culturale, capace di far diventare il Pionta un luogo di

²⁰ In quel periodo, le amministrazioni dell'ospedale e della Provincia collaboravano strettamente seguendo linee comuni di intervento. I cittadini che conoscevano l'ospedale, ma anche medici, infermieri, volontari, giornalisti, politici, avvertivano in tutta la sua gravità lo scandalo del manicomio e questo rappresentò lo stimolo etico per il suo superamento. Cfr. D. Pulino, *Quale deistituzionalizzazione? I casi dei manicomi di Firenze e di Arezzo*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia*, cit., pp. 164-181; F. Bianchi, *Follia, stigma, istituzione totale: il percorso verso la salute mentale nell'esperienza dell'ONP di Arezzo*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia*, cit., pp. 193-208; G. Micheli (a cura di), *Utopia e realtà: una memoria collettiva. Ricordi e testimonianze per la fondazione di un Archivio della Memoria Orale dell'ex Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo*, Edifir, Firenze 2009.

cura proprio sulle orme dell'ex ospedale, rappresenta la possibilità di agire come laboratorio permanente, in grado di coinvolgere e sensibilizzare la comunità di riferimento del territorio con iniziative culturali, performance narrative e teatrali, eventi artistici. Attraverso l'interazione con gli studenti, le istituzioni scolastiche presenti nel campus e le associazioni, il Pionta sembra aver raggiunto quella consapevolezza utile ad agire come spazio aperto dove una larga varietà di soggetti, come comunità territoriale, può sperimentare la capacità di restituire voce e dignità al luogo e alla sua memoria.

4. Arte e design come pratiche di apertura: i progetti *Siamo tutte Elettra e Chimere*

L'arte e il design, come pratiche di apertura, si configurano come strumenti concettuali e operativi utili ad abbattere le barriere tra l'individuo, la collettività e gli spazi fisici e simbolici che li separano. In questo senso, diventano pratiche di trasformazione sociale capaci di rielaborare e ri-significare la memoria, i luoghi e le relazioni quotidiane²¹. Entrambi i progetti *Siamo tutte Elettra* e *Chimere* partono da un concetto di "apertura" che implica il superamento delle soglie tra il *dentro* e il *fuori*, il *pubblico* e il *privato*, il *passato* e il *presente*. L'arte e il design non sono solo forme estetiche ma diventano agenti di cambiamento utili a trasformare spazi fisici in luoghi di socialità, dialogo e riflessione, facendo leva sullo scambio di conoscenze e l'appropriazione condivisa di uno spazio con i cittadini ai fini di una sua maggiore vivibilità²².

Il progetto di design sociale *Siamo tutte Elettra* è stato il culmine di un processo di condivisione durato sei mesi, che ha coinvolto gli studenti dell'Istituto superiore per le industrie artistiche di Firenze (Isia) e l'archivio storico di Arezzo. I materiali raccolti hanno incluso diari di pazienti donne e disegni delle sedute terapeutiche. Inoltre, gli studenti hanno avuto accesso a risorse multimediali potenzialmente pubblicabili, dando vita a un progetto che ha trasformato l'archivio in un ambiente di riflessione critica e creativa. *Siamo Tutte Elettra* ha preso ispirazione da una narrazione femminile particolarmente significativa presente nell'archivio. La storia ha spinto gli studenti a sviluppare opere artistiche che riflettessero sui diritti delle donne in chiave contemporanea, arricchendo così l'output culturale dell'archivio.

Attraverso un'esposizione *site specific*, che ha puntato all'abbattimento delle soglie tra mondo archivistico e comunità, tra *dentro* e *fuori*, tra *passato* e *presente*, si è voluto

²¹ Cfr. E. Lupo, *Il design per i beni culturali. Pratiche e processi innovativi di valorizzazione*, Franco-Angeli, Milano 2009.

²² Cfr. E. Lupo, *Design e beni culturali: creare sistemi di valore per connettere cultura, luoghi, conoscenza, comunità, impresa*, in «I+Diseño: revista internacional de investigación, innovación y desarrollo en diseño», V (2013), n. 8, pp. 29-38: <https://doi.org/10.24310/Idisenio.2013.v8i.12594> (ult. cons. 12/08/2025); A. Giorgi, M. Pizzolati, E. Vacchelli, *Metodi creativi per la ricerca sociale. Contesto, pratiche, strumenti*, il Mulino, Bologna 2021.

scardinare i confini tradizionali degli spazi archivistici, aprendo le porte dell'archivio alla città e invitando la comunità a interagire con la memoria storica in modo attivo e trasformativo.

I risultati del progetto sono stati esposti al Pionta e, per una ventina di giorni circa, l'area è stata trasformata in un museo a cielo aperto. Il processo di apertura e condivisione ha contribuito a rivitalizzare un'area abbandonata, attirando residenti e visitatori di Arezzo, offrendo l'opportunità di riflettere sul significato di "soglia" come luogo di passaggio e d'incontro. L'iniziativa non solo ha valorizzato le storie di donne con problemi di salute mentale ma ha anche enfatizzato i loro diritti, rendendo il Pionta un punto di riferimento per la memoria, la cultura, l'impegno sociale e il contrasto agli stereotipi di genere.

Anche il secondo progetto, *Chimere*, è stato il risultato di un processo che ha coinvolto, per sei mesi, gli studenti del corso di Design dell'Isia di Firenze. L'obiettivo in questo caso è stato esplorare la socialità e le relazioni quotidiane attraverso materiali evocativi, rintracciabili sia nell'archivio storico sia nel paesaggio urbano del Pionta. Partendo dalla riflessione sulla mancanza di spazi pubblici per la socialità, come ad esempio le panchine, fondamentali per il tessuto relazionale di un quartiere, gli studenti hanno sviluppato un gioco che invita a esplorare il concetto di incontro e comunicazione negli spazi condivisi. La panchina è stata la parola chiave del gioco, il simbolo potente di uno spazio di socialità che, purtroppo, è poco diffusa nelle aree urbane – tra cui il Pionta. Il gioco ha preso forma come esperienza interattiva incoraggiando le persone a sedersi su una panchina nel parco, con l'intento di conoscersi meglio e abbattere le barriere dell'isolamento e della paura che spesso caratterizzano i luoghi marginalizzati²³. La panchina, in questo contesto, è diventata un catalizzatore di relazioni umane e di scambi, un punto di incontro che invita alla riflessione sulla necessità di creare spazi "riparati", capaci di favorire il dialogo e la condivisione.

Attraverso il gioco, gli studenti hanno creato un'occasione per riflettere sul ruolo che gli spazi pubblici e gli artefatti urbani possono esprimere nel promuovere la socialità, contribuendo a valorizzare il Pionta come luogo di memoria ma anche come spazio potenziale per l'interazione sociale. L'iniziativa ha stimolato una riflessione sulle potenzialità del design come strumento essenziale per ridisegnare la relazione tra cittadini e spazi urbani, favorendo inclusione e senso di comunità.

5. Conclusioni

Il Pionta ha vissuto a lungo una condizione di degrado dovuta alla dismissione dell'ospedale e alla perdita della sua originaria funzione sociale, con un lento declino di tutta l'area che ha finito per disperdere la sua identità rispetto al contesto urba-

²³ Cfr. G. Galeotti (a cura di), *L'impossibile diventa possibile*, cit.

no limitrofo. L'assenza di vitalità del parco ha lasciato spazio, nel tempo, a un tipo di frequentazione "marginale" che ha finito per indebolire ulteriormente la percezione dell'area, rafforzando il processo di allontanamento dei residenti. Con il deteriorarsi delle sue strutture, gli aretini hanno perso, in gran parte, il legame con il Pionta e l'accessibilità ad uno dei principali spazi verdi di riferimento.

A partire da queste considerazioni, si è cercato di attivarsi per la trasformazione dell'area, nella direzione di un suo sviluppo di tipo culturale che potesse essere a disposizione dell'intera città. Nel momento in cui, anche sul piano scientifico, si afferma un modello di comunità e città fondato sulla prossimità e sul legame tra istituzioni e associazioni, il Pionta sembra rappresentare un interstizio, un bordo tra centro storico urbano e periferia ma anche un contesto nel quale soggetti diversi per finalità, modalità di azione e disponibilità si trovano a operare, accomunati dalla volontà comune di sviluppare una forte interazione.

L'università, principale istituzione del territorio, ha voluto enfatizzare il proprio ruolo di presidio culturale oltre che di custode delle tante memorie, facendosi portavoce di una rigenerazione corale per la comunità aretina nella quale le diversità possano rappresentare un valore²⁴, dove il confine tra sano e malato sia superato da una concezione più inclusiva e il Parco del Pionta possa essere in grado di rivelarsi nuova agorà pubblica²⁵.

²⁴ Cfr. F. Basaglia, *Che cos'è la psichiatria*, Einaudi, Torino 1973 (I ed. 1967); O. De Leonardis, *Dopo il manicomio. L'esperienza psichiatrica di Arezzo*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1981.

²⁵ M. Vanore, M. Triches (a cura di), *Del prendersi cura*, cit.; S. Messina, *Da parco urbano ad "agorà" pubblica: un progetto multifunzionale per la costruzione di un'identità civica "glocale"*, in «Scienze del territorio», VII (2020), n. 8, pp. 145-153: <https://doi.org/10.13128/sdt-11811> (ult. cons. 12/08/2025).

Memoria, ricostruzione, risarcimento. Il caso del manicomio di San Salvi a Firenze

Eliaana Martinelli

Il superamento del manicomio di San Salvi a Firenze ha rappresentato un caso di deistituzionalizzazione dal basso: al contrario di altri manicomi toscani, come quello di Arezzo, in cui il superamento è stato accompagnato da precise intenzioni politiche, a Firenze il principale promotore è stata infatti la comunità di cittadini. In continuità con questa storia, tra il 2020 e il 2022 la ricerca *Stages of memory. Regeneration of San Salvi heritage community*, condotta dal Dipartimento di architettura dell'Università degli Studi di Firenze in partenariato con Chille de la balanza, ha cercato di restituire una visione futura per l'area di San Salvi, che, con un'ampiezza di circa trentadue ettari, ospita un patrimonio architettonico e ambientale di grandissimo valore.

1. Antefatti: dalla costruzione del manicomio alla progressiva deistituzionalizzazione

La costruzione del manicomio di San Salvi, dedicato alla memoria dello psichiatra Vincenzo Chiarugi, ebbe inizio nel 1887 con l'obiettivo di creare una struttura moderna, in linea con le più recenti teorie psichiatriche dell'epoca.

Il progetto era stato affidato all'ingegnere e architetto Giacomo Roster, il quale, di concerto con la futura commissione amministratrice, aveva scelto di realizzare una struttura a villaggio, costituita da un edificio centrale e da padiglioni separati per le diverse categorie di pazienti. Questo tipo di impianto rifletteva propagandisticamente un modello ideale di città manicomiale, in cui l'architettura era intesa come strumento terapeutico per il "disordine delle passioni" causato dalla malattia mentale. Tutto era studiato per stabilire ordine e disciplina, dalla composizione rigorosa delle facciate, all'organizzazione degli spazi, fino all'allestimento degli interni, come testimoniano le fotografie del fondo Alinari che ritraggono i pazienti schierati all'interno di ambienti arredati in maniera estremamente ordinata. Perfino il riadattamento degli edifici preesistenti alla costruzione del manicomio – tra cui una villa del Quattrocento nell'area ovest, destinata a diventare il pensionario di Villa

Fabbri – non considerava l'impianto tipologico originario ed era volto a ricomporre un'idea di austero ordine, soprattutto in facciata. L'architettura del manicomio rappresentava, così, il doppio ruolo dell'istituzione manicomiale: da un lato strumento terapeutico per chi vi era internato, dall'altro mezzo di apparente protezione dalla follia per il resto della società.

Ordine e gerarchia governavano la disposizione planimetrica del villaggio. Lungo l'asse principale, di circa quattrocento metri, si trovavano i padiglioni maschili a ovest e i femminili a est. I vari edifici erano collegati da camminamenti che correavano al di sopra e all'interno dei muri di cinta, usati per la sorveglianza e per l'accesso ai dormitori dei medici. I padiglioni più vicini all'area centrale ospitavano pazienti ritenuti meno pericolosi, mentre le strutture periferiche erano riservate ai cosiddetti «agitati» e «furiosi»¹. Gli internati venivano classificati secondo le forme di alienazione mentale, sebbene questo sistema tendesse ad esacerbare la malattia stessa. Sull'asse verticale, lungo circa centottanta metri, si trovavano gli spazi amministrativi, di servizio e di culto. I settori per i pazienti più agiati, ospitati in pensionarii, erano separati dagli altri.

Anche il progetto del verde seguiva un ordine rigoroso: gli alberi ad alto fusto separavano i settori nosografici, mentre la vegetazione bassa si concentrava nelle corti tra i padiglioni²; il viale ellittico alberato, circondato da un muro di cinta alto circa quattro metri, evidenziava la simmetria del complesso.

L'ospedale psichiatrico di San Salvi fu ufficialmente inaugurato nel 1891³. Nel tempo il complesso fu ampliato: in particolare, nel 1895 fu costruito il laboratorio scientifico e nel 1904, su progetto di Attilio Muggia, il serbatoio idrico in cemento armato. Nel 1911 fu creata una colonia agricola di quasi duecentomila metri quadri per l'ergoterapia. Tra il 1937 e il 1940 venne infine costruito il cinema-teatro, destinato a momenti di socializzazione ma anche alle funzioni religiose.

I primi segnali di apertura del manicomio alla società arrivarono, come nel resto dell'Italia, negli anni Sessanta. Nel 1964 lo psichiatra Franco Mori inaugurò il centro di attività espressive La Tinaia in una vecchia cascina del complesso, con l'obiettivo di promuovere la riabilitazione del malato attraverso l'arte⁴. Negli anni Settanta La Tinaia divenne un vero e proprio atelier, aperto anche ad artisti esterni, grazie all'impegno degli operatori Massimo Mensi e Dana Simionescu. Le opere qui realizzate raggiunsero, in alcuni casi, una risonanza internazionale.

¹ G. Roster, *Il nuovo manicomio di S. Salvi a Firenze*, in «L'edilizia moderna. Periodico mensile di architettura pratica e costruzione», IX (1900), n. 2, pp. 10-11.

² C. Ajroldi et alii (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.

³ D. Lippi, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Olschki, Firenze 1996.

⁴ M. Pecorini, «Assistenza psichiatrica e vita sociale»: un'esperienza innovativa prima della legge 180, tesi di laurea in Scienze e tecniche psicologiche, relatrice Patrizia Guarnieri, Scuola di Psicologia, Università degli studi di Firenze, a.a. 2013-2014.

La città entrò definitivamente nel manicomio di San Salvi grazie a due protagonisti. Il primo, e il più importante, fu la comunità di cittadini, che accompagnò la dismissione del manicomio con iniziative promosse spontaneamente. Emblema di questo processo è il murale ancora presente sulla palazzina 37, realizzato in occasione della prima festa popolare di apertura del manicomio, che si svolse dal 25 aprile all'1 maggio 1978, pochi giorni prima dell'approvazione della legge 180. Il murale, realizzato dai giovani della Brigata Rodolfo Boschi di Grassina e da alcuni esuli cileni, riporta la poesia *La città*, che Pablo Neruda aveva dedicato a Firenze quando, nel 1951, era venuto a ritirare la cittadinanza onoraria conferitagli dal primo sindaco del dopoguerra, Mario Fabiani.

Altro protagonista del processo di apertura fu Carmelo Pellicanò, ultimo direttore del manicomio e psichiatra vicino alle idee di Franco Basaglia. Pellicanò aveva già coordinato il processo di deistituzionalizzazione del manicomio di Volterra, curando al suo interno esperienze di teatro e di incursioni artistiche. Analogamente, lo psichiatra volle che la progressiva deistituzionalizzazione di San Salvi fosse accompagnata dalla nascita di una nuova comunità legata al luogo. Pertanto, nel 1998 – anno della definitiva dismissione – invitò la compagnia teatrale Chille de la balanza a creare un presidio culturale permanente, tuttora attivo. Per Pellicanò il superamento del manicomio era una questione innanzitutto culturale, volta a riconoscere la follia come concetto appartenente all'individuo e alla società. Per farlo era necessario operare in maniera interdisciplinare e collettiva, con l'apporto di architetti e urbanisti ma anche di artisti, recuperando le strutture manicomiali e aprendole alla vita della città⁵.

2. La nascita e lo sviluppo della comunità patrimoniale

Dal 1998 ad oggi, si è andata a costituire una vera e propria «comunità di eredità» attorno al presidio culturale dei Chille de la balanza, che hanno orientato tutta la propria attività artistica degli ultimi ventisette anni alla rielaborazione della memoria manicomiale.

Per questa ragione, l'antropologo Pietro Clemente considera i Chille de la balanza:

[...] portatori di una coscienza di luogo. Si potrebbe dire, giocando con il lessico gramsciano, che sono intellettuali organici al luogo, al luogo nel senso più profondo, quello che ne contiene i percorsi, le memorie, i fantasmi. Un intellettuale collettivo moderno che si esprime nella società civile e non in quella politica è un "erede", nel senso che viene identificato dalla convenzione di Faro per il patrimonio culturale immateriale gestito dal basso, quello cioè di costruire "comunità di

⁵ C. Pellicanò, *Se parlo della città parlo anche dell'uomo*, in «La Nuova Città», IV (1984), n. 3, pp. 113-114.

eredità” che svolgono una funzione pubblica di salvaguardia verso il patrimonio che hanno in cura. Una sorta di soprintendenza che nasce dal basso, dal luogo, non necessariamente dai “nativi”, ma dai “curatori” che si fanno “eredi”. La cura che i Chille hanno della memoria manicomiale è forse la loro principale caratteristica e il fatto che siano un gruppo teatrale arricchisce il ruolo del teatro in modo significativo⁶.

Nella poetica dei Chille il luogo è centrale in quanto indissolubilmente legato alla presenza di corpi: il corpo è «metodo del luogo» e la creazione avviene attraverso l'abitare un luogo in cui attore e spettatore possano formarsi reciprocamente. Se l'attore, in questo processo creativo, deve saper ascoltare, lo spettatore deve partecipare all'azione attoriale. In questo modo, entrambi diventano «spett-attori» e si aprono a una possibile modificazione e interiorizzazione dell'esperienza, che nasce dalla condivisione di un luogo⁷.

La compagnia Chille de la balanza era stata fondata a Napoli nel 1973 da Claudio Ascoli. A lui si era unita tre anni dopo Sissi Abbondanza, l'altro membro storico della compagnia. La piccola ampiezza della sede napoletana, in via Port'Alba, aveva portato Ascoli e Abbondanza a sviluppare azioni teatrali “in” strada, ben diverse però dai più noti spettacoli “di” strada: la ricerca dei Chille, infatti, può essere considerata una forma di insediamento del luogo attraverso l'azione teatrale, generando una forma artistica *site-specific*.

L'incontro con San Salvi è stato determinante per l'ampiamiento e la ridefinizione di questo tipo di ricerca. Il primo spettacolo messo in atto nel 1998 a San Salvi è stato *Il viaggio. Artaud Van Gogh La follia*, tratto da *Van Gogh il suicidato della società* di Antonin Artaud (1947). Da quel momento in poi, sono stati prodotti spettacoli a partire da e per San Salvi, esempi di un legame indissolubile con il luogo. Il più celebre è *Passeggiando nella notte di San Salvi*, passeggiata-affabulazione di Claudio Ascoli, in scena dal 1999. Lo spettacolo, avvalendosi dei materiali e delle storie sul manicomio raccolte da Chille de la balanza, si configura come una ricerca di “tracce di memoria”, che vengono ricostruite dall'azione dello spettatore. Proprio a lui è richiesto di farsene interprete, rivivendo quegli avvenimenti in maniera soggettiva. Lo spettatore assume, dunque, un ruolo attivo nella ridefinizione della memoria e della sua trasmissione, così da diventare parte di una comunità legata al luogo.

Dalla seconda metà degli anni Duemila sembra avvenire una svolta, dichiarata dallo stesso Ascoli: il luogo, nella sua dimensione fisica, finisce per non essere determinante per lo spettacolo, che può invece essere riprodotto ed “esportato” altrove,

⁶ P. Clemente, *Quelli della bilancia. Teatro e cittadinanza attiva*, in M. Brighenti et alii, *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini, Pisa 2018, pp. 129-149, p. 142.

⁷ M. Brighenti, *Comunque, Teatro, Il “ritrovamento” dei Chille de la balanza a San Salvi*, in M. Brighenti et alii, *Pazzi di libertà*, cit., pp. 9-58.

trasmettendo il messaggio anche fuori dalle mura dell'ex manicomio⁸. Ed è così che la compagnia andrà a “insediare” temporaneamente anche altre realtà manicomiali italiane, prima con lo spettacolo *C'era una volta... il manicomio* (2010), rielaborazione drammaturgica della passeggiata di Claudio Ascoli, poi con il progetto *Case Matte* (2015-2016), realizzato con Teatro Periferico e vincitore del Premio Rete Critica 2015.

Le testimonianze dal manicomio di San Salvi sono entrate a far parte anche degli spettacoli: *Siete venuti a trovarmi?* di e con Matteo Pecorini (2016), monologo tratto da un dattiloscritto rinvenuto nella Biblioteca Chiarugi, che ricerca nella sensazione di solitudine un senso di comunanza con il pubblico; *Non si raccontano barzellette sui matti* di e con Sissi Abbondanza (2017), liberamente ispirato alla storia di un'artista del centro di attività espressive La Tinaia, Giusi Pastore.

La passeggiata-affabulazione di Claudio Ascoli ha visto, negli ultimi anni, altre due versioni: *Passeggiando a San Salvi con Francesco Romiti* (2019), incentrata sulla figura dell'artista de La Tinaia, di cui Chille custodisce l'opera completa; nel 2020, in occasione della riapertura dei teatri dopo la chiusura dovuta alla pandemia di Covid-19, si è trasformata in *C'era una volta il manicomio?* (2019), versione che ha rielaborato alcuni aspetti comuni tra il distanziamento sociale e la vita nel manicomio.

In continuità con queste esperienze, la ricerca ha cercato di proporre una strategia di rigenerazione architettonica e urbana, ma anche culturale, dell'area attraverso la promozione di una serie di iniziative volte a configurare stratificazioni della memoria collettiva.

Un luogo centrale nel processo di rigenerazione è rappresentato dal giardino del Cenacolo, situato tra il refettorio dell'ex monastero di San Michele – oggi Museo del Cenacolo di Andrea del Sarto – e la scuola dell'infanzia Andrea del Sarto. Un tempo vivaio del manicomio, il giardino è ancora oggi circondato dal muro manicomiale che ne cela la vista da via di San Salvi, dove si trova l'unico accesso possibile all'area verde.

La prima sperimentazione progettuale sul tema del “confine” è stata svolta nel 2017 dagli studenti del Laboratorio di progettazione dell'architettura I del Dipartimento di architettura dell'Università degli studi di Firenze (docente Francesco Collotti), che hanno elaborato diverse proposte per una residenza temporanea all'interno del giardino, costruita in relazione al muro su via di San Salvi. Il tema dell'“abitare il muro” viene ripreso e sviluppato nel progetto di rigenerazione ecologica del giardino, promosso da Chille de la balanza e sviluppato in due fasi. La prima, nel 2019⁹,

⁸ C. Lanzara, *Teatro, comunque. L'universo creativo dei Chille de la balanza da Napoli al “mondo” di San Salvi*, Morgana, Firenze 2007.

⁹ Progetto *San Salvi. Giardini del Cenacolo in Festa*, vincitore del bando *Paesaggi Comuni* 2018 della Fondazione Cassa di risparmio di Firenze: partenariato delle associazioni Chille mon amour, Architectura.Place, Verdiana Network.

ha portato alla realizzazione un ciclo di passeggiate botaniche, tre spettacoli rivolti alla cittadinanza e alcuni interventi architettonici, tra cui la costruzione di una grande pergola con cui si è cercato di rendere identificabile il giardino dal fronte strada¹⁰. La seconda fase, che ha avuto luogo nel 2022¹¹, ha visto ulteriori interventi di manutenzione architettonica, nuove passeggiate botaniche rivolte ai bambini e una grande festa-evento di inaugurazione. Ogni fase del progetto è stata possibile grazie alla collaborazione degli abitanti del quartiere e delle associazioni coinvolte, sotto il coordinamento dei Chille, con l'obiettivo di educare la cittadinanza a prendersi cura del luogo.

Il Museo e il Giardino del Cenacolo hanno rappresentato le prime tappe di un evento itinerante, *Passeggiando a San Salvi* (2021), sviluppato con l'obiettivo di elaborare una nuova forma di storytelling dell'area, strutturato attraverso di tre voci-guida che narrano alcune vicende storiche (Claudio Ascoli), architettoniche (Eliana Martinelli) e paesaggistiche (Azzurra Pallucca). L'evento ha individuato nove tappe della memoria a San Salvi (Museo e giardino del Cenacolo di Andrea del Sarto, ingresso dell'ex manicomio, Villa Fabbri, direzione dell'ex manicomio, La Tinaia, il murale, il padiglione di Chille de la balanza) e un percorso di visita preferenziale che si svolgesse tra queste. L'itinerario, che permette di restituire una lettura critica del luogo mettendo in relazione le varie parti, è rivolto a un turismo di prossimità, alla scoperta della Firenze meno nota, e può essere ripercorso dai visitatori in autonomia tramite un filmato-guida, accessibile tramite QR code e la applicazione Coded4Walking (C4W), contenitore interattivo di immagini, documenti e racconti legati ai luoghi.

Lo studio del percorso di visita sviluppato attraverso il progetto *Passeggiando a San Salvi*, ha permesso di individuare ulteriori luoghi-chiave ove mettere in atto delle operazioni di rigenerazione puntuali, che si avvalessero della partecipazione di studenti e artisti a vario titolo. È nato così il workshop *Spacciamo Culture*, organizzato da Chille de la balanza in collaborazione con il Dipartimento di architettura dell'Università degli studi di Firenze e l'Accademia di belle arti di Firenze, che ha visto fino ad oggi sei edizioni¹². Il workshop ha innescato un nuovo processo di rigenerazione urbana e comunitaria attraverso il progetto e la realizzazione di installazioni *site-specific*, con l'obiettivo di restituire lo spazio pubblico alla città mediante l'interazione tra corpi, spazi e opere d'arte. Dopo aver effettuato un'attenta analisi del sito dal punto di vista storico e morfologico, studenti e giovani artisti sono stati

¹⁰ Progetto di Eliana Martinelli.

¹¹ Progetto *San Salvi. Giardini del cenacolo. Costruiamo una comunità*, vincitore del bando *Paesaggi Comuni*, 2019 della Fondazione Cassa di risparmio Firenze: partenariato delle associazioni Chille mon amour, Verdiana Network, Il Giglio del Campo società cooperativa onlus.

¹² E. Martinelli, *Stages of Memory. Strategie per la rigenerazione dell'ex manicomio di San Salvi a Firenze*, tab edizioni, Roma 2023.

chiamati a confrontarsi con diverse testimonianze della storia manicomiale, andando a individuare alcuni luoghi della memoria che avessero la caratteristica di poter essere raccontati tramite il progetto di allestimenti auto-costruibili, che andassero a risignificarli. Tali luoghi sono entrati a far parte, per ogni edizione, di un diverso percorso di visita. L'auto-costruzione, che ha coinvolto diversi cittadini in varie modalità di partecipazione, ha giocato un ruolo importante nella riappropriazione dello spazio da parte della comunità.

Kevin Lynch, nel celebre libro *The Image of the City*¹³, indaga come le mappe mentali delle persone siano direttamente influenzate dall'ambiente in cui si muovono. Pertanto, una chiara caratterizzazione dell'immagine ambientale supporta il visitatore nella presa di coscienza del luogo. Lynch parla di *wayfinding* (letteralmente "trovare la via") come di una visione complessiva di orientamento, composta di segni e simboli che vanno ad organizzare lo spazio costruito: le informazioni, dunque, non sono scisse dall'immagine. Questa modalità di organizzazione spaziale assume un'importanza cruciale in luoghi come San Salvi, in cui è presente una sovrabbondanza di segnali e simboli che necessitano di essere ricomposti. In questo senso, le installazioni rappresentano un'interessante occasione di risignificazione del luogo.

3. Conclusioni: il progetto come risarcimento

Nella ricerca qui presentata, "rigenerazione" è stata intesa come "ricostruzione" dei luoghi della memoria, anche attraverso l'implementazione di pratiche partecipative volte alla ricostituzione della comunità legata all'area di San Salvi, in termini fisici (abitanti del quartiere 2), testimoniali (ex pazienti, ex dipendenti dell'ospedale psichiatrico) e culturali (artisti, studenti).

Gli interventi strutturali, che hanno agito sul patrimonio materiale e sulla sua rilettura fisica, hanno riguardato lo studio di allestimenti temporanei, nell'ambito del workshop *Spacciamo Culture*, ma anche permanenti, come nel caso del progetto per un Museo e Archivio della Memoria di San Salvi. Lo studio dei diversi percorsi di visita e i progetti di allestimenti diffusi hanno, infatti, reso esplicita la necessità di far confluire la narrazione del luogo e della sua storia all'interno di un unico spazio espositivo, connesso direttamente a un centro di documentazione, che ospiterebbe in maniera completamente accessibile i materiali raccolti negli anni da Chille de la balanza. Mentre il centro di documentazione sarebbe collocato all'interno del padiglione 16, sede dei Chille, il luogo più idoneo ad ospitare il Museo della Memoria è stato identificato con il corridoio coperto posto in prossimità del medesimo padiglione, così da rendere le attività espositive non disgiunte da quelle teatrali e performative.

¹³ K. Lynch, *The Image of the City*, MIT Press, Cambridge 1960.

Il percorso di visita si sviluppa come una narrazione esperienziale, che racconta la progressiva deistituzionalizzazione del manicomio. La conformazione lineare dei corridoi invita il visitatore a percorrere una sequenza di spazi progettati per accogliere diversi episodi. Le stanze si avvalgono di frammenti di architetture, riproposizioni in scale diverse di alcuni pezzi di San Salvi. Nello specifico, il percorso espositivo progettato si articola così:

Stanza 0: Il luogo. Con l'ausilio di un grande modello architettonico e di immagini storiche, si racconta l'ideazione e la costruzione del manicomio. L'interazione del visitatore avviene direttamente sul plastico: sfiorando i vari padiglioni si attivano dei video tematici.

Stanza 1: Ordine/disordine. L'inizio della visita è segnalato dalla presenza di uno "spazio nello spazio", una stanza-scatola in legno, ricostruzione di uno dei "luoghi di attesa" per pazienti e visitatori, realizzati attorno agli anni Sessanta sotto forma di boiserie e ancora presenti in alcune parti dei corridoi di collegamento tra i padiglioni. All'interno della scatola, immagini contrapposte esemplificano la concezione del manicomio. La visita è accompagnata da un'installazione sonora, che simula una presenza, e una proiezione a terra.

Stanza 2: Storie. Non volti ma parole tratte dagli archivi narrano alcune delle storie che si sono svolte a San Salvi. Le voci dei protagonisti, più o meno noti, che furono qui rinchiusi (come Dino Campana, Venturino Venturi e Francesco Romiti) sono interpretate dagli attori di Chille de la balanza.

Stanza 3: Identità acquisite. Con la legge n. 180 del 1978 anche le persone internate nei manicomi possono finalmente riacquisire i diritti civili, ottenendo un documento di identità. Sulle pareti della stanza sono proiettate le fototessere scattate negli anni Settanta dal fotografo Renato Bartolozzi. Il visitatore può farsi un autoscatto all'interno di una cabina: la sua immagine sarà proiettata sulle pareti assieme alle altre, andando a comporre un mosaico di volti degli abitanti passati e presenti. Ogni foto scattata sostituirà la precedente, creando un senso di collettività dal destino comune. Nel caso di alcune identità note, un leggito multimediale consentirà di accedere alla banca dati delle notizie biografiche o storiche.

Stanza 4: Cinema-teatro. Uno dei luoghi più rilevanti per la vita e gli incontri nel manicomio è raccontato attraverso la testimonianza di Costanza Caglià, scrittrice internata che racconta in un libro la sua storia d'amore con un altro

recluso, Torello Vannucci¹⁴. L'ingresso alla stanza è definito dalla riproduzione di uno dei portali in cemento armato del cinema-teatro, struttura oggi in stato di abbandono. Lo spazio è allestito con una multiproiezione che riproduce il video *Fotografie d'amore con Erode* (7:25 minuti), realizzato da Luca Ferro nel 1987 riprendendo i due protagonisti reali¹⁵.

Stanza 5: Il superamento. Qui viene riprodotta, in scala 1:10, la parete dell'edificio 37, che ospita ancora oggi un murale realizzato nel 1978 in occasione della prima festa di apertura del manicomio alla città. Sull'installazione, una proiezione interattiva racconta le tappe del superamento del manicomio.

Stanza 6: Esposizioni temporanee. Una grande aula è atta a ospitare mostre temporanee dedicate ad alcuni protagonisti del manicomio e del suo superamento, tra cui gli artisti che hanno lavorato a San Salvi, nonché alla storia e agli incontri di Chille de la balanza.

In conclusione, la strategia di intervento, finalizzata ad una concreta rigenerazione partecipata a base culturale, è partita da un'analisi approfondita della storia e dell'architettura del luogo, nei suoi aspetti materiali e immateriali, grazie al confronto costante con Chille de la balanza. Le attività portate avanti con la compagnia teatrale hanno visto l'attivazione di un confronto diretto con tutte le istituzioni coinvolte, dalla Regione Toscana, alla Ausl Toscana Centro, fino al Comune di Firenze. Il dialogo è stato esteso alla cittadinanza attraverso eventi aperti, configurabili a tutti gli effetti come attività culturali partecipate. Da tutto questo è emersa l'esigenza di proporre e definire il progetto del Museo ed Archivio della Memoria di San Salvi a partire dal riuso di un manufatto abbandonato, il muro da cui venivano sorvegliati gli internati, così da risarcire una memoria ingombrante rappresentata dall'architettura stessa.

¹⁴ C. Caglià, *L'amore con Erode*, La libreria delle donne, Firenze 1983.

¹⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=xkvQXRJZczY> (ult. cons. 19/07/2025).

Bibliografia

a cura di Filippo Maria Paladini*

- P. Adamo, *Sud, manicomio e 180*, in «Il Pisani. Giornale di patologia nervosa e mentale», C (1980), n. 1-3, pp. 335-344.
- D. Adorni, D. Tabor, *Soggettività liberate e nuove pratiche di cura. Femminismi e deistituzionalizzazione nel caso di Torino (1968-2000)*, in M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro (a cura di), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, in «Genesis», XXIII (2024), n. 2, pp. 73-99.
- D. Adorni, D. Tabor (a cura di), *Memorie che curano/Memorie da curare. Patrimoni culturali e deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino*, FrancoAngeli, Milano 2024.
- D. Adorni, D. Tabor, *Women and mental health in Italy: feminism, psychiatry and asylums in 1970s Turin*, in «Modern Italy», Published online 2025, pp. 1-23: doi:10.1017/mit.2025.10079.
- S. Agosti, M. Bellocchio, S. Petraglia, S. Rulli, *Matti da slegare*, documentario, Italia 1975, 140'.
- S. Agosti, M. Bellocchio, S. Petraglia, S. Rulli, *Matti da slegare*, Einaudi, Torino 1976.
- E. Aguglia et alii (a cura di), *La storia della psichiatria triestina. Atti del IX convegno di storia medica giuliana, Trieste, 30 novembre 1991*, in «Il Lanterino: bimestrale di storia della medicina e medicina sociale», 92 (1993), n. 4, 36 pp.
- M. Aime, D. Papotti, *L'altro e l'altrove. Antropologia, geografia e turismo*, Einaudi, Torino 2012.
- C. Ajroldi, M.A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M. L. Neri (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.

* Il carattere interdisciplinare di questo volume ha consigliato di comporre una bibliografia cumulativa, quanto possibile uniformata e ragionata. Si è colta l'occasione per integrare i dati relativi alla prima collocazione editoriale di alcuni scritti di Franco Basaglia – variamente utilizzati in questa sede – con dati generalmente assenti nelle bibliografie disponibili e per correggere refusi continuamente ripetuti dai tempi della prima raccolta – postuma – della sua produzione (le loro ulteriori pubblicazioni nelle due edizioni Einaudi e il Saggiatore dei *Saggi* basagliani sono restituite in forma sintetica in corrispondenza dei singoli titoli). L'oscillazione dell'ordine dei due cognomi di Franca Ongaro Basaglia, esistente tra i suoi diversi lavori autonomi o in coppia, è stata normata in tal modo (anche in pubblicazioni firmate come Ongaro). In caso di opere collettive, i contributi ivi pubblicati dal curatore sono indicati, con tale indicazione, sotto il titolo complessivo. Nei casi di opere tradotte, la prima edizione in lingua originale segue tra parentesi la prima italiana. Tutti i link a risorse digitali sono stati verificati da chi scrive nelle date registrate in nota nei diversi saggi e perciò le varie indicazioni non sono riportate anche qui.

- P. Alison, A. Oddati, *Meridione e legge 180. Il processo riformatore, la durezza del manicomio, la psichiatria «sommersa»*, in «Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale», IX (1980), n. 70, pp. 327-338.
- Allegato n. 18 alla legge per il piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1982-1984. Tutela della salute mentale*, in «Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte», Supplemento speciale al n. 11, pp. 114-116: <https://www.cr.piemonte.it/arianna/dwd/leggi/L1982007/L1982007A19820401.pdf>.
- G. Allmond, *The First Garden City? Environment and utopianism in an Edwardian institution for the insane poor*, in «Journal of Historical Geography», 56 (2017), pp. 101-112: https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/126820648/Garden_City.pdf.
- L. Alunni, *La cura e lo sgombero. Salute e cittadinanza nei campi rom di Roma*, Argo, Lecce 2017.
- N. Amelii, *La comunità fragile. La malattia psichiatrica in Mario Tobino e Paolo Milone*, in «Griseldaonline», 22 (2023), n. 1, pp. 131-142: <https://doi.org/10.6092/issn.1721-4777/15468>.
- W.S. Amin, T.K. El Azab, D.S.M. Hizah, A.A.M.M. Hammad, *Dark tourism as a new trend in the Egyptian Tourism Industry: "Challenges and opportunities"*, in «Minia Journal of Tourism and Hospitality Research», 2 (2017), n. 2, pp. 20-52: <https://doi.org/10.21608/mjthr.2017.139609>.
- M. Ammaniti, *Passoscuro. I miei anni tra i bambini del Padiglione 8*, Bompiani, Firenze-Milano 2022.
- Amministrazione provinciale di Arezzo, *I tetti rossi*, Tipografia Sociale, Arezzo 1975.
- Amministrazione provinciale di Arezzo (a cura di), *I tetti rossi. Dal manicomio alla società*, Mazzotta, Milano 1978.
- Amministrazione provinciale di Reggio Emilia, *Psichiatria ed enti locali. Atti del Convegno promosso dalla Amministrazione provinciale di Reggio Emilia*, Reggio Emilia, 24 e 25 marzo 1970, Leonardo, Roma 1970.
- J. Andrews, A. Briggs, R. Porter, P. Tucker, K. Waddington, *The History of Bethlem*, Routledge, London-New York 1997.
- G. Antonucci, *Diario dal manicomio. Ricordi e pensieri dall'agosto 1973 al settembre 1996*, Spirali, Milano 2006.
- F. Appetito, *Un manicomio di carta. L'altra verità. Diario di una diversa*, in «Rivista di Studi italiani», XXV (2017), n. 1, pp. 183-206.
- O. Argiolas, *Passepartout. Il microcosmo della follia e dintorni*, Scuola Sarda editrice, Cagliari 1991.
- L. Armiato, P. Martelli (a cura di), *Museo, memorie e narrazioni per la salute mentale*, in «Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia», 3 (2019), n. 2, pp. 9-142.
- A. Assmann, *Cultural Memory and Western Civilization: Functions, Media, Archives*, Cambridge University Press, Cambridge 2011.
- L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma 2019.
- Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione autonoma di Torino [Almm] (a

- cura di), *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971.
- Almm, *Il marchio di essere stati dentro*, in «Nuova Società. Quindicinale regionale di politica, cultura e attualità», I (1973), n. 7, pp. 26-27.
- V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.
- M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017.
- E. Balduzzi, G. Alberti, G. Pieralisi (a cura di), *Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici. Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici. Organizzato dall'Amministrazione provinciale di Varese d'intesa con l'Associazione Medici Ospedali Psichiatrici Italiani (A.M.O.P.I). Svoltosi in Varese presso la Sede dell'Amministrazione Provinciale il 20-21 marzo 1965*, La Tipografica Varese, Varese 1965.
- E. Balduzzi, *Relazione*, in Unione regionale Province piemontesi, *L'assistenza psichiatrica nel quadro del servizio sanitario nazionale. Atti del Convegno di Torino, 29-30 maggio 1971*, Tipografia Stigra, Torino 1971, pp. 21-40.
- F. Balestracci, C. Papa (a cura di), *L'Italia degli anni Settanta. Narrazioni e interpretazioni a confronto*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2019.
- G. Balistreri, L. Busuito, *La voce di chi non ha voce*, documentario, Italia 1991, 40', <http://www.regionesicilia.rai.it/dl/sicilia/video/ContentItem-6b182680-8778-4be7-ac53-9304bd4b10c1.html>.
- S. Barelli (a cura di), T. Garzoni, *L'ospedale de' pazzi incurabili*, Antenore, Roma-Padova 2004.
- G. Bartolomei, G.P. Lombardo (a cura di), *Nuova psichiatria. Storia e metodo*, Bulzoni, Roma 1981 (I ed. 1977).
- F. Basaglia, *Il mondo dell'«incomprensibile» schizofrenico attraverso la «Daseinsanalyse». Presentazione di un caso clinico* (1954), in «Giornale di psichiatria e di neuropatologia», LXXXI (1953), n. 3, pp. 471-499; poi in *Scritti*, vol. I (1981), pp. 3-30; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 47-71.
- F. Basaglia, *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'«incontro»*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», LXXVIII (1954), n. 2, pp. 239-264; poi in *Scritti*, vol. I (1981), pp. 32-54; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 71-89.
- F. Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione (mortificazione e libertà dello «spazio chiuso»). Considerazioni sul sistema «open door»*, in «Annali di neurologia e psichiatria e Annali ospedale psichiatrico di Perugia», LIX (1965), n. 1, *I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra, 17-22 agosto 1964. Contributi italiani*, pp. 71-80; poi in *Scritti*, vol. I (1981), pp. 249-258; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 261-269.
- F. Basaglia, *La «comunità terapeutica» come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive*, in E. Balduzzi, G. Alberti, G. Pieralisi (a cura di), *Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici. Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici*

- [...], *La Tipografica Varese*, Varese 1965, pp. 129-147; poi in *Scritti*, vol. I (1980), pp. 259-282; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 271-290.
- F. Basaglia, *Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale* (marzo 1967), in *Scritti*, vol. I (1981), pp. 428-441; *Scritti: 1953-1980* (2017), pp. 419-430.
- F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria? Discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Presentazione di Luigi Mariotti, Introduzione di Fabio Visintini, Amministrazione provinciale di Parma, Parma 1967:
- F. Basaglia, *Conferenza sul tema: la libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale e dibattito interventi di: Giuseppe Richi, Marcello Urbani, Salvatore Sig-
gia, Bruno Popoli, Mario Tommasini, Bruno Bernazzoli, Carlo Vetere*, *ivi*, pp. 25-66.
- F. Basaglia, *Relazione alla Commissione di studio per l'aggiornamento delle vigenti istruzioni per le costruzioni ospedaliere del Ministero della Sanità* (1968), in *Scritti*, vol. II (1982), pp. 500-520; *Scritti 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, il Saggiatore, Milano 2023, pp. 517-532.
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Introduzione*, in E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, trad. it. di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1968, pp. 7-21.
- F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, 1971 (II ed. Cde Stampa, Milano 1985; III ed. Baldini&Castoldi, Milano 1998, 2010, 2014, 2018, 2024):
- F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, *ivi*, pp. 111-151;
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Il problema dell'incidente*, *ivi*, pp. 362-369;
- F. Basaglia, *Il problema della gestione*, *ivi*, pp. 370-380.
- F. Basaglia, *Le contraddizioni della comunità terapeutica*, in «Minerva Medica Giuliana», 10, (1970), n. 1, pp. 21-25.
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino 1971, 1973, 1976, 1978, 1981 (II ed. Baldini Castoldi Dalai, Baldini&Castoldi, Milano 2010, 2013, 2018, 2024):
- F. Basaglia, *L'ideologia della diversità*, *ivi*, pp. 17-33.
- F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Prefazione di Mario Tommasini, Einaudi, Torino 1973, 1977, 1981 (III ed. Baldini&Castoldi, Milano 1997, 2014, 2018, 2024):
- F. Basaglia, *Che cos'è la psichiatria?*, *ivi*, pp. 3-13;
- F. Basaglia, *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, *ivi*, pp. 15-31.
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino 1975, 1981 (II ed. Baldini Castoldi Dalai, Baldini&Castoldi, Milano 2009, 2013, 2018, 2024):
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, *ivi*, pp. 3-111.
- F. Basaglia, in collaborazione con F. Ongaro Basaglia e M.G. Giannichedda, *Il concetto di salute e malattia* (1975), in F. Basaglia, *Scritti*, vol. II (1982), pp. 362-380; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 811-827.
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna, *La nave che affonda. Psichiatria e*

- antipsichiatria a dieci anni da «l'Istituzione negata»: un dibattito*, Savelli, Roma 1978.
- F. Basaglia, *Per la socializzazione della sofferenza psichica*, intervista, a cura di Gian Paolo Semino, in «Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio», I (1978), n. 3, *Segregazione e corpo sociale*, a cura di G. Canella, pp. 24-25.
- F. Basaglia, P. Tranchina (a cura di), *Autobiografia di un movimento 1961-1979. Dal manicomio alla riforma sanitaria*, Unione Province Italiane, Regione Toscana, Amministrazione Provinciale di Arezzo, Firenze 1979.
- F. Basaglia, *Prefazione*, in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979, pp. VII-XX.
- F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Follia/delirio*, in *Enciclopedia*, vol. 6, *Costituzione-divinazione*, Einaudi, Torino 1979, pp. 262-287, poi in F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982, pp. 119-154.
- F. Basaglia, *Conferenze brasiliane* (1979), a cura di D. De Salvia, A. Rolle, Centro di documentazione di Pistoia, Pistoia 1984: II ed. a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffaello Cortina, Milano 2000, 2018 (III ed. il Saggiatore, Milano 2025):
- F. Basaglia, *Le tecniche psichiatriche come strumento di liberazione o di oppressione* (Sao Paolo, 18 giugno 1979), *ivi*, pp. 3-26;
- F. Basaglia, *La scienza e la criminalizzazione del bisogno* (Rio de Janeiro, 28 giugno 1979), *ivi*, pp. 135-145.
- F. Basaglia, in collaborazione con M.G. Giannichedda, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico* (1979), in *Scritti*, vol. II (1982), pp. 445-466; *Scritti 1953-1980* (2017), pp. 881-897.
- F. Basaglia, *Introduzione*, in S. Santiano, *b come architettura, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, e della medicina e della architettura diventate mercificazione*, Bertani, Verona 1980, pp. 11-12.
- F. Basaglia, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 37-50.
- F. Basaglia, *Scritti*, a cura di F. Ongaro Basaglia, 2 voll., Einaudi, Torino 1981-1982: vol. I, 1953-1968. *Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia* (1981); vol. II, 1968-1980. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica* (1982); II ed. F. Basaglia, *Scritti 1953-1980*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, il Saggiatore, Milano 2017, 2023.
- F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli, Roma 2024.
- M.T. Battaglini, C. Cappelli (a cura di), *a cura di. Narrazioni e pratiche di un lavoro sociale*, Cartman, Torino 2008.
- E. Battiston, M. Costantino, F. Faoro, C. Piccardo, M. Reali (a cura di), *Il circuito del controllo dal manicomio al decentramento psichiatrico. Atti e documento del Réseau di alternativa alla psichiatria*, Cooperativa libreria-Centro culturale, Trieste 1980.
- G. Bellavitis, *Giorgio Bellavitis architetto: ricerche, scoperte e riflessioni civili*, Marsilio-Skira, Milano 2011.

- G. Bellavitis, *Tipologie architettoniche di reparti manicomiali*, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale delle alienazioni», CIV (1980), supplemento al n. 4, pp. 933-940.
- E. Benetti, C. Munno, F.M. Paladini (a cura di), *Infanzie vulnerabili, istituzioni speciali*, in «Venetica», XXXVIII (1/2023), n. 64, pp. 11-184.
- Fondazione Benetton studi e ricerche (a cura di), *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996 (con aggiornamento al 31 ottobre 1998)*, Canova, Treviso 1999.
- L. Bertinotti, *Josto Manca e Villa Clara*, in «Associazione 9cento», 25 giugno 2012: <https://associazione9cento.wordpress.com/produzioni/civilis-consortii-errores/josto-manca-e-villa-clara/>.
- B. Bertolo, *Donne e follia in Piemonte. Storie e immagini di vite femminili rinchiusi nei manicomio*, Susalibri, Susa 2021.
- S. Bertotto, *La città solidale. Per una storia dei servizi sociosanitari nell'area metropolitana torinese. Settimo 1955-1999*, Carocci, Roma 1999.
- L. Betti, *Istituzioni e de-istituzioni. Tra manicomio, territorio e promozione della salute*, in «gli asini», 19 giugno 2020: <https://gliasinirivista.org/istituzioni-e-de-istituzioni-tra-manicomio-territorio-e-promozione-della-salute/>.
- F. Bianchi, *Follia, stigma, istituzione totale: il percorso verso la salute mentale nell'esperienza dell'ONP di Arezzo*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della Follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomio toscani*, Pacini, Pisa 2017, pp. 193-208.
- F. Bianchi, *Perché prendere la cura sul serio. Pratiche di attenzione nella vita quotidiana*, Ortthes, Napoli-Salerno 2023: https://www.researchgate.net/publication/385036643_Perche_prendere_la_cura_sul_serio_Pratiche_di_attezione_nella_vita_quotidiana.
- F. Bianchi, M. Filoni, G. Yildiz, *Processi partecipativi e salute mentale: opportunità e sfide*, in T. Tarsia, A. Nucita (a cura di), *Saperi professionali e co-ricerca nei servizi. Otto saggi di scrittura collettiva*, FrancoAngeli, Milano 2024, pp. 77-88.
- P. Bianucci, C. Cilli, G. Giacobini, G. Malerba, S. Montaldo (a cura di), *Il Museo di Antropologia Criminale "Cesare Lombroso" dell'Università di Torino. Guida alla visita*, Raffaello Cortina, Torino 2011.
- A. Bocelli, *I pazzi di Tobino*, in «Il Mondo», V (1953), n. 18, 2 maggio, p. 6.
- S. Boggio, *Inchiesta Art Brut. Intervista a Tea Taramino*, in «Artribune», 18 giugno 2015: <https://www.artribune.com/attualita/2015/06/inchiesta-art-brut-intervista-tea-taramino-torino/>.
- P. Bollini, *Application and impact of the psychiatric reform in Italy. The available evidence*, in «Epidemiology and Psychiatric Sciences», 3 (1994), n. 2, pp. 83-85.
- L. Bolzoni, *La stanza della memoria. Modelli letterari e iconografici nell'età della stampa*, Einaudi, Torino 1995.
- G. Bonan, *Le acque agitate della patria. L'industrializzazione del Piave (1882-1966)*, Viella, Roma 2020.
- A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, A. Iaria (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Dedalo, Roma 1994.
- A.M. Bonfiglio, *Maria Fuxa nel racconto di Anna Maria Bonfiglio*, in «Le Ortique», 13

- ottobre 2021: <https://leortique.wordpress.com/2021/10/13/maria-fuxa-nel-racconto-di-anna-maria-bonfiglio/>.
- A. Bonvicini, *Fate la storia senza di me*, a cura di M. Capozzoli, add editore, Torino 2011.
- E. Borgna, *Psichiatria e fenomenologia: le parole delicate*, in AaVv., *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, BeMa, Milano 2010, pp. 54-61.
- A. Borsani (a cura di), A. Merini, *Il suono dell'ombra. Poesie e prose (1953-2009)*, Mondadori, Milano 2010.
- E. Bove, *Strumenti per la diagnosi e la terapia. Il linguaggio e la parola*, in G. Stanghellini, M. Rossi Monti (a cura di), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2009, pp. 117-162.
- A. Bravo, A.M. Bruzzone, *In guerra senz'armi. Storie di donne 1940-1945*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- M. Brighenti et alii, *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini, Pisa 2018.
- P. Brunello, *Dubbi sull'esistenza di Mestre. Esercizi di storia urbana*, Cierre, Verona 2023.
- A.M. Bruzzone, *Implicazioni sociali e psicologiche del trattamento delle devianze mentali nell'ospedale psichiatrico di Gorizia*, tesi di laurea in Psicologia sociale, relatrice A. Massucco Costa, Facoltà di Magistero, Università di Torino, a.a. 1968-1969.
- A.M. Bruzzone, R. Farina, *La Resistenza taciuta. Dodici vite di partigiane piemontesi*, La Pietra, Milano 1976.
- A.M. Bruzzone, L. Beccaria Rolfi, *Le donne di Ravensbruck. Testimonianze di deportate politiche italiane*, Einaudi, Torino 1978.
- A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1979.
- A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti, Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro, S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021.
- A.M. Bruzzone, *Le ricoverate negli ospedali psichiatrici di Gorizia (1968) e di Arezzo (1977)*, in *Fonti orali e politica delle donne: storia, ricerca, racconto: materiali dell'incontro svoltosi a Bologna l'8-9 ottobre 1982*, Comune di Bologna, Bologna 1983, pp. 34-39.
- E. Bucaccio, K. Colja, A. Sermoneta, M. Turco, *C'era una volta la città dei matti. Un film dal soggetto alla sceneggiatura*, alphabeta Verlag, Merano 2011.
- T. Burns, J. Foot (edited by), *Basaglia's International Legacy: From Asylum to Community*, Oxford University Press, Oxford 2020.
- L. Burti, *Deinstitutionalization and application of the Italian psychiatric reform: evolution of a revolution*, in «Epidemiology and Psychiatric Sciences», 3 (1994), n. 2, pp. 91-94.
- L. Burti, *Mark Spivak (1929-1998). In memoriam*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 7 (1998), n. 3, pp. I-II.
- J. Butler, *La vita psichica del potere. Teorie della soggettivazione e dell'assoggettamento*, a cura di C. Weber, trad. it. di E. Bonini, C. Scaramuzzi, Meltemi, Roma 2005 (I ed. *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*, Stanford University Press, Stanford 1997).
- C. Caglià, *L'amore con Erode*, La libreria delle donne, Firenze 1983.
- S. Calamai, F. Biliotti, *Le voci dei matti. Il ritrovamento dell'archivio sonoro di Anna Maria Bruzzone*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017, pp. 22-34.

- S. Calamai (a cura di), *Me ne scappo, me ne vengo, vado via. Voci dall'ospedale neuropsichiatrico di Arezzo raccolte da Anna Maria Bruzzone*, Mimesis, Milano-Udine 2023.
- L. Cancrini, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 51-67.
- A. Cañedo Cervera, S. Collina, *Ero pazzo, scusa, ero pazzo davvero*, Gruppo Abele, Torino 1997.
- G. Canella (a cura di), *Segregazione e corpo sociale*, in «Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio», I (1978), n. 3.
- R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- M. Capozzoli, *Fate la storia senza di me 1958-1991*, Furlab (Roma), Italia 2010, 52': https://www.fctf.it/movie_item.php?id=755; <https://www.youtube.com/watch?v=eC3727ks3pk>.
- M. Capozzoli (a cura di), A. Bonvicini, *Fate la storia senza di me*, add editore, Torino 2011.
- L. Cappellari, *L'esperienza psicopatologica. Il senso della clinica nella prospettiva della cura*, Giovanni Fioriti, Roma 2019.
- R. Cardinal, *Outsider Art*, Studio Vista, London 1972.
- E. Carniti, *Alda Merini, mia madre*, Manni, San Cesario di Lecce 2019.
- C. Carrino, *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950)*, Carocci, Roma 2018.
- R. Casagrande, G. De Simoi, *Realtà comprensoriale e intervento sanitario locale rispetto al problema della malattia mentale: contributo a un progetto di intervento nel bellunese*, tesi di laurea in Sociologia, relatrice Matilde Callari Galli, Facoltà di sociologia, Università di Trento, a.a. 1973-1974.
- D. Casagrande, G. Gabriele, *Politica dell'intervento e intervento della politica*, in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, pp. 135-145.
- D. Casagrande, *Manicomio ultimo atto: ambiguità di un enunciato*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996, pp. 50-54.
- A. Cascio et alii, *I nuovi servizi psichiatrici in provincia di Palermo: le caratteristiche della nuova utenza*, in «Il Pisani. Giornale di patologia nervosa e mentale», C (1980), n. 1-3, pp. 121-138.
- A. Cascio, L. Codognotto, C. Muscato, V. Petruzzellis, F. Pinzone, *Note sul circuito psichiatrico e assistenziale nella provincia di Palermo a un anno dalla riforma*, in R. Misiti, A. Debernardi, C. Gerbaldo, M. Guarnieri (a cura di), *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*, Cnr-Pensiero Scientifico Italiano, Roma 1981, pp. 97-106.
- S. Caselli, D. Valentini, *Anni spietati. Torino racconta violenza e terrorismo*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005.
- R. Castel, *La contraddizione psichiatrica* in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Cri-*

- mini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Einaudi, Torino 1975, pp. 171-189.
- R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, trad. it. di G. Procacci, Feltrinelli, Milano 1980 (I ed. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Les Éditions de Minuit, Paris 1976).
- C. Castelfranchi, P. Henry, A. Pirella, *L'invenzione collettiva*, Gruppo Abele, Torino 1995.
- A. Castellino, A.P. Loi (a cura di), *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*, AM&D, Cagliari 2007.
- A. Castellucci, *La comunità come sistema; appunti per un approccio coevolutivo*, in G. Ferrarini, A. Merini (a cura di), *La lezione delle comunità terapeutiche*, Clueb, Bologna 1987, pp. 29-43.
- R. Castiglia, *Frenocomio di San Girolamo a Volterra*, in C. Ajroldi, M.A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M. L. Neri (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013, pp. 207-209.
- G. Castigliengo, *Incontri di confine. Intervista al Professor Eugenio Borgna*, in «Il Sole 24 Ore. Blog», 1 aprile 2023: <https://giulianocastigliengo.nova100.ilsole24ore.com/2023/04/01/intervista-al-professor-eugenio-borgna/>.
- G. Catalano, *Lasciate che i matti vengano a me*, in «L'Espresso», XVI (1970), n. 50, 13 dicembre, pp. 8-9.
- F. Cavallo, *Lotta contro gli ospedali psichiatrici*, in «Quaderni Piacentini», VIII (1969), n. 37, pp. 94-100.
- M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane*, Leonardo, Roma 1964.
- E. Cennini, A. Esposito (a cura di), *Cosa resta del manicomio? Riflessioni sul fascino indiscreto del manicomio*, in «Cartografie sociali», 5 (2020), n. 9.
- Centro italiano di storia ospedaliera e sanitaria: Sezione piemontese (a cura di), *Il Regio manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2007.
- Centro regionale umbro per la ricerca e la documentazione storico-psichiatrica e sulla marginalità sociale, *I luoghi della follia. Dalla "Cittadella dei pazzi" al territorio. Percorsi della psichiatria in Umbria dal '700 ad oggi*, Arnaud, Perugia 1995.
- Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze umane, *Sergio Piro e la comunità terapeutica di Materdomini*: <https://www.archivissima.it/2022/oggetti/1969-sergio-piro-e-la-comunita-terapeutica-di-mater-domini>.
- Centro studi investimenti sociali (a cura di), *Il dopo 180: primo bilancio di una riforma. Ricerca promossa dalla Direzione generale ospedali del Ministero della Sanità, direttore C. Calvaruso, coordinatore R. Frisanco, Laboratorio per le politiche sociali, Temi e progetti sociali*, vol. 3, T.E.R., Roma 1989.
- P. Cherchi, *Enciclodismo e politica della riscrittura: Tommaso Garzoni*, Pacini, Pisa 1980.
- Chille de la balanza (a cura di), *I tetti rossi. San Salvi da manicomio a libera repubblica delle arti. Silenzio. Proposte e riflessioni per una memoria viva*, Polistampa, Firenze 2010.
- M. Cini, *La costruzione della scienza e la responsabilità dei soggetti scientifici*, in *Attualità*

- dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. *Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre*, Centro per la Salute «Giulio A. Maccacaro» s.r.l. editore, Castellanza 1988, pp. 12-27.
- P. Cipriano, *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, elèuthera, Milano 2019.
- F. Cirifino, P. Rosa, E. Giardina Papa (a cura di), *Musei di narrazione. Percorsi interattivi e affreschi multimediali*, Silvana Editoriale, Milano 2011.
- F. Cirifino, P. Rosa, L. Sangiorgi, *Musei, memorie e narrazioni per la salute mentale. Narrazioni, immagini, interattività*, in L. Armiato, P. Martelli (a cura di), *Museo, memorie e narrazioni per la salute mentale*, in «Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia», III (2019), n. 2, pp. 107-120.
- M. Cirri, M. Caccia, *Basaglia e i suoi*, podcast, Italia 2024, 140': <https://www.ilpost.it/podcasts/basaglia-e-i-suoi/>.
- P. Clemente, *Quelli della bilancia. Teatro e cittadinanza attiva*, in M. Brighenti et alii, *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini, Pisa 2018, pp. 129-149.
- C. Coleborne, D. MacKinnon (edited by), *Madness in Australia: histories, heritage and the asylum*, University of Queensland Press, St. Lucia (Brisbane) 2003.
- Collettivo delle operatrici dei Servizi psichiatrici della Provincia di Arezzo, *Introduzione all'edizione del 1978*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, a cura di L. Della Mea, Jaca Book, Milano 2000, pp. 66-71.
- M. Conci, *Giorgio Ferlini tra Ferdinando Barison e Gaetano Benedetti. Con un'appendice, documentaria*, in P. Guarnieri (a cura di), *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*, Fondazione Museo storico del Trentino, Trento 2021, pp. 117-151.
- M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia: un intellettuale nelle pratiche*, Feltrinelli, Milano 2024.
- B. Commodari, *L'assistenza psichiatrica nell'Italia Meridionale nel quadro della legge di riforma sanitaria*, in «Il Pisani. Giornale di patologia nervosa e mentale», C (1980), n. 1-3, pp. 225-235.
- A. Consorte, *Vita vissuta? Saggio autobiografico di un chimico morente*, Edizioni Progest, Collegno 1990.
- E. Contenti, *Voci da un altro mondo. Lettere dal manicomio senza censura. "Matti" di ieri e invisibili di oggi*, Sensibili alle foglie, Roma 2020.
- A. Conti, *Manicomio 1914. Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, a cura di L. Della Mea, Mazzotta, Milano 1978.
- A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, a cura di L. Della Mea, Jaca Book, Milano 2000.
- G. Contini, E. Straticò (a cura di), *Il manicomio dimenticato*, Clueb, Bologna 1988.
- G. Contini, M. Natalizi, Maggiano. *Gli anni del cambiamento 1958-1968*, Pacini Fazzi, Luc-ca 2020.
- D. Cooper, *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, trad. it. di G. Acuti, Roma 1969 (I ed. *Psychiatry and anti-psychiatry*, Tavistock, London 1967).
- C. Corbascio, P. Henry, *How can psychiatry survive without psychiatric hospitals?* in «International Journal of Social Psychiatry», 40 (1994), n. 4, 269-275.

- C. Corbascio, *Mental Health Assistance in Italy. The Torino Rehabilitation Program*, in L. Sapouna, P. Hermann (edited by), *Knowledge in Mental Health. Reclaiming the Social*, Nova Science, New York 2006, pp. 69-83.
- C. Corbascio, *Dal manicomio alla salute mentale: il ruolo dei maestri*, in G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, Edizioni ETS, Pisa 2025, pp. 21-28.
- G. Corbellini, G. Jervis, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
- M. Corti, *Introduzione*, in A. Merini, *Vuoto d'amore*, Einaudi, Torino 1991, pp. V-X.
- P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria democratica, Bologna 1982.
- D. Dabbene, *Il patrimonio architettonico degli ex ospedali psichiatrici nel XXI secolo: il caso piemontese tra dismissioni, nuovi usi e scenari futuri*, in «Intrecci. International Journal of Architectural Conservation and Restoration», III (2024), n. 5, pp. 85-105.
- A. D'Agostino, *Le città dimenticate. Dalla città per la cura alla cura per la città*, in «FA-Magazine», VII (2017), n. 41, pp. 14-21: <https://famagazine.it/index.php/fa-magazine/article/view/47/491>; doi:10.12838/issn.20390491/n41.2017/1.
- A. Dal Lago, *Prefazione*, in E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino 2001, pp. 7-19.
- S. Dalmaso, *Il sessantotto e la psichiatria*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS Edizioni, Pisa 2005, pp. 45-58.
- A. D'Aquila, *Sogno Matto*, documentario, Italia 2023, 56'.
- S. D'Autilia, *Dopo la 180. Critica della ragione psichiatrica*, Mimesis, Milano-Udine 2020.
- P. David, *L'integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato*, in «Stato e mercato», 25 (1989), n. 1, pp. 73-109.
- S. De Cenzo, *La pazzia pellagrosa nel manicomio di Santa Margherita in Perugia (1880-1910)*, in «Proposte e ricerche», 30 (1993), n. 1, pp. 109-126.
- M. de Certeau, *L'invenzione del quotidiano*, trad. it. di M. Baccianini, Edizioni Lavoro, Roma 2001 (I ed. M. de Certeau, *L'invention du quotidien, vol. 1, Arts de faire*, Union générale d'éditions, Paris 1980).
- M. de Certeau, *Microtecniche e discorso panottico: un qui pro quo*, in M. de Certeau, *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, trad. it. di G. Brivio, Bollati Boringhieri, Torino, 2006, pp. 155-165 (I ed. *Microtechniques et discours panoptique: un quiproquo*, in M. de Certeau, *Histoire et psychanalyse entre science et fiction*, Gallimard, Paris 1982, pp. 203-218).
- R. De Fiore, *Diritti a 180. Quarant'anni dalla legge Basaglia*, in «Recenti Progressi in Medicina», 109 (2018), n. 10, pp. 459-468: <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3010/articoli/30083/>.
- A. Del Boca, *Manicomi come lager*, Edizioni dell'albero, Torino 1966.
- O. De Leonardis, *Dopo il manicomio. L'esperienza psichiatrica di Arezzo*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1981.

- O. De Leonardis, D. Mauri, F. Rotelli, *Deinstitutionalization, another way: the Italian mental health reform*, in «Health Promotion», 1 (1986), n. 2, pp. 151-165.
- O. De Leonardis, *In un diverso welfare. Sogni e incubi*, Feltrinelli, Milano 2002.
- O. De Leonardis, *Ma questa è sociologia*, in AaVv., *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, BeMa, Milano 2010, pp. 36-40.
- G. Deleuze, *Foucault*, trad. it. di P.A. Rovatti, F. Sossi, Edizioni Cronopio, Napoli 2002 (I ed. *Foucault*, Éditions de Minuit, Paris 1984).
- G. Deleuze, *Che cos'è un dispositivo?*, in G. Deleuze, *Divenire molteplice. Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*, a cura di U. Fadini, trad. it. di U. Fadini, Ombre Corte, Verona 2002, pp. 64-73 (I ed. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, in AaVv., *Michel Foucault. Rencontre internationale*, Paris, 9, 10, 11 janvier 1988, Seuil, Paris, 1989, pp. 241-247).
- G. Del Giudice, *Le donne nel manicomio*, in A. Signorelli (a cura di), *Fatevi regine*, Sensibili alle foglie, Roma 1996, pp. 80-88.
- P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone... Storie del manicomio di Trieste*, Cooperativa editoriale, Trieste 1980 (II ed. Stampa Alternativa, Viterbo 2007).
- P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone. La vera storia del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni*, a cura di S. D'Autilia, alphabeta Verlag, Merano 2014.
- P. Dell'Acqua, M. Cirri, E. Rossi, (tra parentesi) *La vera storia di un'impensabile liberazione*, alphabeta Verlag, Merano 2019.
- L. Della Mea, *Prefazione*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita Manicomio 1914*, Jaca Book, Milano 2000, pp. 11-15.
- L. Del Pistoia, *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*, Giovanni Fioriti, Roma 2008.
- G. De Luca, *Il circuito del manicomio*, in *Manicomionomania. Testi delle proposte di legge sulla 180*, suppl. a «Devianza ed emarginazione. Rivista trimestrale di cultura e di ricerca scientifica», n. 3, settembre 1979, Dedalo, Bari 1982, pp. 5-11.
- D. De Martis, *Notizie sull'attività didattica, scientifica e organizzativa svolta nel triennio 1 novembre 1966-1 novembre 1969*, Società Poligrafica Sarda, Cagliari 1969.
- D. De Martis, F. Petrella, *Sintomo psichiatrico e psicoanalisi. Per una epistemologia psichiatrica*, Lampugnani Nigri editore, Milano 1972.
- J. Derrida, *Mal d'archivio. Un'impressione freudiana*, trad. it. di G. Scibilia, Filema, Napoli 1996 (I ed. *Mal d'archive: une impression freudienne*, Galilee, Paris 1995).
- D. De Salvia, P. Crepet (a cura di), *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*, Feltrinelli, Milano 1982.
- G. Didi-Huberman, *L'invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris 1982.
- G. Di Petta, G. Di Piazza (a cura di), *Arnaldo Ballerini. Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2011.
- G. Di Petta, *Fenomenologia alzo zero. Il corpo a corpo tra la follia e la cura*, Quodlibet, Macerata 2023.
- M. Di Prisco, *L'architettura della soglia. Spazi di alterità tra cura, memoria e narrazione nella salute mentale*, Anteferma Edizioni, Conegliano (Tv) 2025.

- P. Di Stefano, *Il muro di Alda*, in «Il Corriere della Sera», 1 giugno 2016, p. 25: https://www.corriere.it/cronache/16_giugno_01/muro-alda-b41dd97c-276e-11e6-b6d8-61e1297457c9.shtml.
- G.V. Distefano, *Alle origini letterarie del manicomio. L'Ospedale de' pazzi incurabili di Tomaso Garzoni*, Longo, Ravenna 2024.
- G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, ETS, Pisa 2025.
- P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2019:
- P. Di Vittorio, *I vetri rotti e la gaia scienza delle rovine. Un'esperienza di salute mentale in Italia*, *ivi*, pp. 13-39;
- P. Di Vittorio, *Costellazioni. Tra presente e passato: la salute mentale e le sfide della trasmissione*, *ivi*, pp. 205-214.
- G. Dolfini, *Immagini del medioevo: un buon selvaggio?*, in «Studi di letteratura francese», VII (1981), pp. 28-40.
- M. Donnelly, *The Politics of Mental Health in Italy*, Tavistock-Routledge, Londra-New York 1992.
- K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, trad. it. di F. Giacanelli, Laterza, Roma-Bari 1975 (I ed. *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main 1969).
- M. L. Drigo, F. Ficco, R. Taiani (a cura di), *Giorgio Maria Ferlini e la sua psichiatria*, Fondazione Museo Storico Trentino, Trento 2019.
- J. Dubuffet, *L'Art Brut préféré aux arts culturels*, Galerie René Drouin, Paris 1949.
- J. Dubuffet, *Asfissiante cultura*, trad. it. di A. Spatola, Feltrinelli, Milano 1969 (I ed. *Asphyxiante Culture*, Pauvert, Paris 1968)
- E. Eng, *Beyond psychiatry?*, in «The Hudson Review», 20 (1967), n. 3, pp. 469-472.
- A. Erll, A. Rigney, *Introduction: Cultural Memory and its Dynamics*, in A. Erll, A. Rigney (edited by), *Mediation, Remediation and the Dynamics of the Cultural Memory*, Walter de Gruyter, Berlin 2009, pp. 1-14.
- J. Fabian, *Memory against culture. Arguments and reminders*, Duke University Press, Durham-London 2007.
- D. Fabre (a cura di), *Per iscritto. Antropologia delle scritture quotidiane*, Argo, Lecce 1998.
- U. Fadini (a cura di), G. Deleuze, *Divenire molteplice. Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*, Ombre Corte, Verona 2002.
- D. Fanfani, E. Tarsi (a cura di), *Beyond the pandemic: rethinking cities and territories for a civilisation of care*, in «Contesti. Città territori progetti», V (2020), n. 2, 260 pp.: <https://oajournals.fupress.net/index.php/contesti/issue/view/537#:~:text=https%3A//doi.org/10.13128/contest%2D12838>.
- F. Fanon, *I dannati della terra*, trad. it. di C. Cignetti, Einaudi, Torino 1962 (I ed. *Les damnés de la terre*, Maspero, Paris 1961).
- F. Fanon *Opere scelte*, a cura di G. Pirelli, 2 voll., *Acculturazione e cultura nazionale, medicina, colonialismo, guerra di liberazione, sociologia di una rivoluzione*, vol. I, Feltrinelli,

- Milano 1971 (I ed. *Pour la Révolution africaine. Écrits politiques*, Maspero, Paris 1964).
- G. Ferrari, A. Merini, *La lezione delle comunità terapeutiche*, Clueb, Bologna 1987.
- G. Ferrari, *Terzian Hrayr*, in F. Viviani (a cura di), *Dizionario biografico dei Veronesi (secolo XX)*, Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, Verona 2006, pp. 804-805.
- L. Ferro, *Fotografie d'amore con Erode*, documentario, Italia 1987, 7':25": <https://www.youtube.com/watch?v=xkvQXRJZczY>.
- A. Ferruta, G. Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.
- F. Fiaschini, *Per-formare il sociale. Controcampi. Estetiche e pratiche della performance negli spazi del sociale*, Bulzoni, Roma 2022.
- N.M. Filippini, *Giorgio Bellavitis. Intervista di Nadia Maria Filippini*, in G. Albanese, M. Borghi (a cura di), *Memoria resistente. La lotta partigiana a Venezia e provincia nel ricordo dei protagonisti*, Iveser-Nuova Dimensione, Portogruaro 2005, pp. 807-817.
- V. Fiorino (a cura di), *«Rivoltare il mondo, abolire la miseria». Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia, 1953-1980*, ETS, Pisa 1994.
- V. Fiorino, *Matti indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002.
- V. Fiorino, *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà. Il profilo istituzionale e sociale (1548-1919)*, in «Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée», CXVI (2004), n. 2, pp. 831-881.
- V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in «Memoria e ricerca», 47 (2014), pp. 11-28.
- V. Fiorino, G. Mamone, F. Milazzo (a cura di), *Dalla custodia alla cura. Infermieri e riforma psichiatrica in Italia*, ETS, Pisa 2025.
- M. Fiorani, *Follia senza manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2012.
- M. Fiorani, P. Guarnieri, *Salute mentale e territorio. Luoghi e archivi prima e dopo la legge n. 180 del 1978*, in «Le Carte e la Storia», XXV (2019), n. 1, pp. 183-194.
- J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, trad. it. di E. Basaglia, Feltrinelli, Milano 2014.
- J. Foot, *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*, Verso Books, London 2015.
- G. Foresti, E. Pedriali, *Introduzione*, in A. Ferruta, G. Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (a cura di), *La Comunità Terapeutica. Mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano 1998, pp. 17-41.
- M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, trad. it. di F. Ferrucci, E. Renzi, V. Vezzoli, Rizzoli, Milano 1963 (I ed. *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Éditions Plon, Paris 1961).
- M. Foucault, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, trad. it. di A. Fontana, Einaudi, Torino 1969 (I ed. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Puf, Paris 1963).
- M. Foucault, *L'archeologia del sapere*, trad. it. di G. Bogliolo, Rizzoli, Milano 1971 (I ed. *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris 1969).

- M. Foucault, *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th Century Legal Psychiatry*, in «International Journal of Law and Psychiatry», 1 (1978), n. 1, pp. 1-18.
- M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, trad. it. di A. Tarchetti, Einaudi, Torino 1976 (I ed. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975).
- M. Foucault, *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana, P. Pasquino, Feltrinelli, Milano 1977:
- M. Foucault, *Nietzsche, la genealogia, la storia*, ivi, pp. 29-54 (I ed. M. Foucault, *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, in *Hommage à Jean Hyppolite*, édité par S. Bachelard, Puf, Paris 1971, pp. 145-172).
- M. Foucault, *Storia della sessualità*, 4 voll., trad. it. di P. Pasquino, G. Procacci, Feltrinelli, Milano 1978-2019 (I ed. *Histoire de la sexualité*, 4 voll., Gallimard, Paris 1976-2018):
- M. Foucault, *La volontà di sapere*, ivi, vol. I, Feltrinelli, Milano 1978 (I ed. *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris 1976).
- M. Foucault, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*, in M. Foucault, *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 3, 1978-1985. *Estetica dell'esistenza, etica, politica*, a cura di A. Pandolfi, trad. it. di S. Loriga, Milano, Feltrinelli 1998, pp. 185-201 (I ed. *Un système fini face à une demande infinie*, in M. Foucault, *Securité sociale: l'enjeu*, édité par R. Bono, Syros, Paris 1983, pp. 39-63).
- M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, trad. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2015 (M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, sous la direction de F. Ewald, A. Fontana, J. Lagrange, Gallimard, Paris 2003).
- E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, a cura di G. Vicarelli, FrancoAngeli, Milano 2002 (I ed. *Professional dominance: the social structure of medical care*, Aldine Transaction, New Brunswick Aldine Transaction 2007).
- S. Freud, *Opere*, 12 voll., Bollati Boringhieri, Torino 1967-1984.
- P.M. Furlan, *Sbatti il matto in prima pagina*, Donzelli, Roma 2016.
- V. Fusco, G. Capannolo, P. Martelli, C. Demichelis, M. Salustri, *Contro l'invisibilità un museo di narrazione: il Museo Laboratorio della Mente*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXXXVII (2013), n. 2, pp. 51-62.
- C. Fussinger, D. Tevaearai, *L'évolution des modèles architecturaux, un reflet de l'évolution de la thérapeutique? Réflexions sur la base d'un siècle de construction asilaire en Suisse romande, 1830-1930*, in Centre Thomas More, Centre hospitalier Le Vinatier, *Architecture et psychiatrie: L'hôpital: espace de soin, espace urbain*, la Ferme Du Vinatier, Bron (Rhône) 2001, pp. 33-49.
- M. Fuxa, *Voce dei senza voce*, ASLA, Palermo 1980.
- M. Fuxa, *Lasciatemi almeno la speranza*, ASLA, Palermo 1984.
- M. Fuxa, *Paesaggi dell'anima*, ASLA, Palermo 1990.
- J. Fuzier, *L'hôpital des fous. Variations européennes sur un thème socio-littéraire de la fin de la Renaissance*, in *Hommage à Jean-Louis Flecniakoska*, 2 voll., Université Paul Valéry, Montpellier 1980, vol. I, pp. 157-184.
- G. Galeotti (a cura di), *L'impossibile diventa possibile. La nuova vita degli ex manicomi italiani*, Castelvechi, Roma 2024.

- A. Galia, C. Corbascio, *Alle radici della disaffezione: una visione di psichiatri under-40 dei Servizi di Salute Mentale Piemontesi*, in «Newsletter della Società italiana di epidemiologia psichiatrica», 6 novembre 2023: <https://siep.it/alle-radici-della-disaffezione-una-visione-di-psichiatri-under-40-dei-servizi-di-salute-mentale-piemontesi/>.
- F. Gambini, *L'ordine della pace manicomiale*, in «La voce della Dora», XXIX (1987), n. 6, pp. 1, 3.
- F. Gambini, *Psichiatria e violenza*, in «Psichiatria/Informazione», II-III (2015), n. 50, pp. 45-46.
- G. Garena, L. Tosco, *Oltre il '68. Due educatori in viaggio nella provvisoria reale utopia, dalla segregazione all'integrazione sociale*, Libreriauniversitaria.it, Padova 2018.
- J. Garrabé, *Storia della schizofrenia*, a cura di M. Alessandrini, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2001 (I ed. *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, Paris 1992).
- T. Garzoni, *L'ospedale de' pazzi incurabili*, a cura di S. Barelli, Antenore, Roma-Padova 2004.
- T. Garzoni, *Opere*, a cura di P. Cherchi, Longo, Ravenna 1994.
- J. Gehl, *Vita in città: spazio urbano e relazioni sociali*, a cura di A. Borghi, trad. it. di R. Piomelli, Maggioli, Rimini, Santarcangelo di Romagna 1991, 2012 (I ed. *Livet mellem busene*, Arkitektens Forlag, Copenhagen 1971).
- D. Gentilcore, E. Priani, *Pellagra and Pellagrous Insanity during the Long Nineteenth century*, Palgrave Macmillan-Springer Nature, Cham 2023: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-22496-6>.
- F. Giacanelli, *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia 2014.
- A. Giannelli, *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Tipografia Cecchini, Roma 1905.
- M.G. Giannichedda, *Sul servizio psichiatrico «forte» e sul potere della psichiatria*, in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, pp. 231-238.
- M.G. Giannichedda, *L'assistenza psichiatrica in Sardegna nell'indagine Censis*, in A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu (a cura di), *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, Unità sanitaria locale 14-Ales, Valdés, Cagliari 1987, pp. 192-195.
- M.G. Giannichedda, F. Ongaro [Basaglia] (a cura di), *Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Centro studi e iniziative per la riforma dello Stato, FrancoAngeli, Milano 1987.
- M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005, pp. 97-116.
- M.G. Giannichedda, *Introduzione*, in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, Raffaello Cortina Editore, Milano 2018, pp. XIII-XXII.
- M.G. Giannichedda, *Ripensando gli anni dimenticati in cui si è fatta la «180»*, in T. Losavio, *Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma*, ETS, Pisa 2021, pp. 121-128.
- M.G. Giannichedda, *Testimoni di un altro possibile. Introduzione*, in F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M.G. Giannichedda, il Saggiatore, Milano 2025, pp. 13-33.

- C. Gibbeson, *Placebment and negative places: A qualitative approach to historicformer mental asylums, stigma and place-protectionism*, in «Journal of Environmental Psychology», 71 (2020), 101490: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101490>.
- M. Gibson, N.H. Rafter, *Introduzione*, in C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, et alii/Edizioni, Milano 2009, pp. 1-43.
- C. Ginzburg, *Spie. Radici di un paradigma indiziario* (1979), in C. Ginzburg, *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino 1986, pp. 158-209.
- M.T. Giordana, *La meglio gioventù*, lungometraggio, BI.BI. Film-Rai Cinema, Italia 2003, 366'.
- A. Giorgi, M. Pizzolati, E. Vacchelli, *Metodi creativi per la ricerca sociale. Contesto, pratiche, strumenti*, il Mulino, Bologna 2021.
- C. Giorgi, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Roma 2024.
- R. Girard, *Il capro espiatorio*, a cura di G. Fornari, trad. it. di, C. Leverd, F. Bovoli, Adelphi, Milano 1987 (I ed. R. Girard, *Le bouc émissaire*, Grasset & Fasquelle, Paris 1982).
- A. Gissi, P. Stelliferi, *L'aborto. Una storia*, Carocci, Roma 2023.
- E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, trad. it. di F. Ongaro Basaglia Einaudi, Torino 1968 (I. ed. E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New Garden City 1961; II ed. it.: Edizioni di Comunità, Torino 2001):
- E. Goffman, *Sulle caratteristiche delle istituzioni totali*, *ivi*, pp. 31-150;
- E. Goffman, *La carriera morale del malato mentale*, *ivi*, pp. 151-194 (I ed. ingl: E. Goffman, *The Moral Career of the Mental Patient. Psychiatry*, in «Journal for the Study of Interpersonal Processes», XX (1959), n. 2, pp. 123-142);
- E. Goffman, *Il modello medico e il ricovero psichiatrico. Note sul lavoro di «riparazione»*, *ivi*, pp. 337-399.
- E. Goffman, *La vita quotidiana come rappresentazione*, trad. it. di M. Ciacci, il Mulino, Bologna 1969, 1975 e segg. (I ed. E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, University of Edinburgh, Edinburgh 1956).
- G.F. Goldwurm, *Psichiatria e riforma sanitaria*, Teti editore, Milano 1979.
- G. Grazioli, *Il manicomio provinciale di Feltre (1775-1978): follia, controllo sociale e impresa*, in «Archivio storico di Belluno, Feltre e Cadore», XCI (2020), n. 366-367, pp. 67-80.
- C. Guareschi, V. Bizzarri (a cura di), *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of His Practice*, Springer, Cham 2025.
- P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991.
- P. Guarnieri, *Per una storia della psichiatria anti-istituzionale. L'esperienza del rinnovamento psichiatrico in Umbria 1965-1995*, in «Annali di neurologia e psichiatria», supplemento al XCII (1998), n. 2, 63 pp.
- P. Guarnieri (a cura di), *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*, Fondazione Museo storico del Trentino, Trento 2021.
- M. Guglielmi, *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Franco Cesati Editore, Firenze 2018.
- M. Guglielmi, *Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica*, in «Scritture

- Migranti», 13 (2019), pp. 177-204: <https://doi.org/10.6092/issn.2035-7141/12002>.
- M. Guglielmi, *Memoria traumatica e memoria psichiatrica. Peppe dell'Acqua e il racconto di un manicomio di confine*, in «Novecento Transnazionale. Letterature, arti e culture», 6 (2022), pp. 210-223: <https://doi.org/10.13133/2532-1994/18027>.
- B. Guidetti Serra, F. Santanera (a cura di), *Il paese dei celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, Torino 1973.
- I. Hacking, *Memoro-politics, trauma and the soul*, «History of the Human Sciences», 7 (1994), n. 2, pp. 29-52.
- I. Hacking, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, trad. it. di R. Rini, Feltrinelli, Milano 1996 (I ed. *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Princeton 1995).
- M. Halbwachs, *I quadri sociali della memoria*, trad. it. di G. Brevetto et alii, Ipermedium, Napoli 1997 (I ed. *Le cadres sociaux de la mémoire*, Librairie Félix Alcan, Paris 1925).
- C. Harding, *Recovery from Schizophrenia. Evidence, History, and Hope*, Oxford University Press, New York 2024.
- H. Harriss, R. Hyde, R. Marcaccio, *Introduction*, in H. Harriss, R. Hyde, R. Marcaccio (edited by), *Architects after Architecture. Alternative Pathways for Practice*, Routledge, New York 2021, pp. 8-23.
- S. Henry, C. Lavielle, F. Patenotte (sous la direction de), *L'hôpital Sainte-Anne. Pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au Coeur de Paris*, Somogy, Paris 2017.
- A.B. Hollingshead, F.C. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali*, trad. it. di G. Jervis, Einaudi, Torino 1965 (I ed. *Social class and mental illness: Community study*, John Wiley & Sons, New York 1958).
- R. Ierna, *La salute mentale italiana fra decentramento e partecipazione*, in «Dinamopress», 9 settembre 2024: <https://www.dinamopress.it/news/la-salute-mentale-italiana-fra-decentramento-e-partecipazione/>.
- I. Illich, *La convivialità*, trad. it. di M. Cucchi, Mondadori, Milano 1973 (I ed. *Tools for conviviality*, Calder & Boyers, London 1973).
- I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, trad. it. di D. Barbone, Mondadori, Milano 1977 (I ed. *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, Calder & Boyars-Pantheon Books, London-New York 1975).
- N. Ivaldi, *Manicomi torinesi. Dal '700 alla legge Basaglia*, Editrice Il Punto-Piemonte in Bancarella, Torino 2018.
- F. Jameson, *The Political Unconscious. Narrative as a Socially Symbolic Act*, Cornell University Press, Ithaca 1981.
- L. Jona, E. Storage, *Tutta colpa di Basaglia*, podcast, Italia 2024, 290': <https://www.corriere.it/podcast/tutta-colpa-di-basaglia/>
- G. Jervis, L. Schittar, *Storia e politica in psichiatria: alcune prospettive di studio*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria? Discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Amministrazione provinciale di Parma, Parma 1967, pp. 188-213; II ed. in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?* Einaudi, Torino 1973, pp. 171-202.
- G. Jervis, *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 293-319.

- G. Jervis, *Psichiatria e lotta di classe* (1972) in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo. Storia teoria e pratica*, Savelli, Roma 1979, pp. 141-150.
- G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975.
- G. Jervis, *Il mito dell'antipsichiatria*, in «Quaderni Piacentini», XV (1976), n. 60-61, pp. 39-60.
- G. Jervis, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 68-97.
- M. Jones, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, trad. it. di A. Bencini Bariatti, ETAS Kompass, Milano 1970 (I ed. *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*, Penguin books, Harmondsworth 1968).
- M. Jones, *La psichiatria nell'ambiente sociale: al di là della comunità terapeutica*, trad. it. di L. Volpatti, il Saggiatore Milano 1974 (I ed. *Beyond the therapeutic community: social learning and social psychiatry*, Yale University Press, New Haven 1968).
- M. Jones, *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica*, trad. it. di R. Bortino, FrancoAngeli, Milano 1987 (I ed. *The process of change*, Routledge & Kegan Paul, Boston 1982).
- P. Jozzia, *L'interpretazione negata*, in A. Conti, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, Jaca Book, Milano 2000, pp. 72-96.
- G. Lai, *Le tecniche senza teoria nel servizio pubblico*, in «Psicologia Italiana», 4 (1982), n. 5, pp. 139-144.
- R.D. Laing, A. Esterson, *Normalità e follia nella famiglia. Undici storie di donne*, a cura di L. Jervis Comba, trad. it. di D. Mezzacapa, Einaudi, Torino 1970 (I ed. *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics*, Tavistock, London 1964).
- R.D. Laing, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, trad. it. di D. Mezzacapa, Einaudi, Torino 1969 (I ed. *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, Tavistock, London 1960).
- P. Lalli (a cura di), *C'era una volta un muro. Storie dal manicomio*, Clueb, Bologna 1997.
- A. Lanteri, *La comunità terapeutica diffusa*, in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, pp. 209-212.
- F. Lanz, *Mind Museums: Former Asylums and the Heritage of Mental Health*, Routledge, London 2024: <https://doi.org/10.4324/9781003258971>.
- G. Lanza, D. Sala, *Matti per sempre? 40 anni dalla legge Basaglia*, webdoc, Italia 2018, 60': <https://www.raiplaysound.it/playlist/mattipersempre>.
- C. Lanzara, *Teatro, comunque. L'universo creativo dei Chille de la balanza da Napoli al "mondo" di San Salvi*, Morgana, Firenze 2007.
- D. Lasagno, *Oltre l'istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Milano 2012.
- B. Latour, *Riassemblare il sociale. Actor-Network Theory*, trad. it. di D. Caristina, Meltemi, Milano, 2022 (I ed. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford Academic, Oxford 2005).

- B. Latour, A. Yaneva, «Give Me a Gun and I Will Make All Buildings Move»: An ANT's View of Architecture, in «Ardeth», 1 (2017), pp. 103-111: <https://journals.openedition.org/ardeth/991>.
- M.T. Lentini, *La voce della crisalide. Sulla vita della poetessa Maria E. Fuxa ed altre cronache*, Molicani, Palermo 2019.
- S. Lentini, *Il Sessantotto. La battaglia contro le istituzioni e la psichiatria "etico-pedagogica" di Franco Basaglia*, in «Studi sulla formazione Open Journal of Education», 22 (2019), n. 2, pp. 311-324: doi: <https://doi.org/10.13128/ssf-10805>.
- C. Lenza, *Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento*, in C. Ajroldi et alii, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013, pp. 209-215.
- C. Lenza, *Memoria e futuro. La ricerca universitaria per la conoscenza e la valorizzazione degli ex ospedali psichiatrici in Italia*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», X (2014), pp. 9-28.
- C. Lenza, *I manicomi tra memoria e futuro*, in «FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la città», X (2017), n. 41, pp. 82-89: doi: <http://www.dx.doi.org/10.12838/issn.20390491/n41.2017/8>.
- U. Levra (a cura di), *La scienza e la colpa. Crimini, criminali, criminologi: un volto dell'Ottocento*, Electa, Milano 1985.
- D. Lippi, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Olschki, Firenze 1996.
- C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, L. Roux e c., Torino-Roma 1893.
- C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Introduzione di M. Gibson, N.H. Rafter, et al./Edizioni, Milano 2009.
- T. Losavio, *Fare la 180. Vent'anni di riforma psichiatrica a Roma*, ETS, Pisa 2021.
- K. Lotzof, *Spectacles of Madness: Representing Mental Health from 'Bedlam' to Bethlem Museum of the Mind*: https://www.academia.edu/30767926/Spectacles_of_Madness_Representing_Mental_Health_from_Bedlam_to_Bethlem_Museum_of_the_Mind_docx.
- R. Lourau, *Lavoratori del negativo, unitevi!*, in *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, a cura di F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino pp. 191-212.
- A.M. Lovell, N. Scheper-Hughes, *The Utopia of Reality: Franco Basaglia and the Practice of a Democratic Psychiatry*, in A.M. Lovell, N. Scheper-Hughes (edited by), *Psychiatry Inside Out. Selected Writings of Franco Basaglia*, Columbia University Press, New York 1987, pp. 1-53.
- G. Luciano, *Storia di un manicomio. Dallo "spedale de' pazzereelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino*, FrancoAngeli, Milano 2019.
- G. Luciano, *Disagi e disturbi mentali ieri oggi e domani: le condizioni di vita delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie prima e dopo la legge di riforma psichiatrica del 1978*, FrancoAngeli, Milano 2025.
- E. Lupo, *Il design per i beni culturali. Pratiche e processi innovativi di valorizzazione*, FrancoAngeli, Milano 2009.
- E. Lupo, *Design e beni culturali: creare sistemi di valore per connettere cultura, luoghi, conoscenza, comunità, impresa*, in «I+Diseño: revista internacional de investigación, innovación y desarrollo en diseño», V (2013), vol. 8, pp. 29-38: <https://doi.org/10.24310/>

- Idiseno.2013.v8i.12594.
- S. Lupo, *Partito e antipartito. Una storia politica della prima Repubblica (1946-78)*, Donzelli, Roma 2004.
- K. Lynch, *The Image of the City*, MIT Press, Cambridge 1960.
- G.A. Maccacaro, *Classe, salute e università*, in «Prospettive assistenziali», VII (1974), n. 27, pp. 11-20: https://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Index/027/indice27.htm.
- G. Maccacaro, *Appunti per una ricerca su: epidemiologia della istituzione psichiatrica come malattia sociale*, in «Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale», VII (1978), n. 50, *Psichiatria e ricerca scientifica*, pp. 306-309.
- L. Macaluso, *Future memorie. Lex ospedale psichiatrico di Palermo*, in «FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la storia della città», VII (2017), n. 41, pp. 72-81: <http://www.dx.doi.org/10.12838/issn.20390491/n41.2017/7>.
- S. Maffioletti (a cura di), *La concretezza sperimentale. L'opera di Nani Valle*, Il poligrafo, Padova 2016.
- S. Magagnoli, D. Tabor, *Application and effects of Italian Law 180, 'The Reform of Psychiatric Care'*, in C. Guareschi, V. Bizzarri (edited by), *Franco Basaglia's Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of His Practice*, Springer, Cham 2025, pp. 133-152.
- S. Magagnoli, D. Tabor, *La lunga deistituzionalizzazione. La riforma psichiatrica italiana e la sua applicazione*, in «Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali», 112 (2025), n. 1, pp. 251-276.
- T.F. Main, *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*, a cura di F. Paparo trad. it. di F. Forquet dell'Orefice, Il Pensiero Scientifico, Roma 1992 (I ed. *The Ailment and other psychoanalytic essays*, edited by J. Johns, Free Association Books, London 1989).
- H. Maldiney, *Pensare l'uomo e la follia alla luce dell'analisi esistenziale e dell'analisi del destino*, a cura di F. Leoni, Einaudi, Torino 2007 (I ed. *Penser l'homme et la folie à la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Jérôme Millon, Grenoble 1991).
- Manicomio mania. Testi delle proposte di legge sulla 180*, suppl. a «Devianza ed emarginazione. Rivista trimestrale di cultura e di ricerca scientifica», n. 3, settembre 1979, Dedalo, Bari 1982.
- C. Manuali, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 98-150.
- C. Manuali, *Chiusura dell'O.P. e prospettive di una scienza nuova*, in «Salute!», II (2003), n. 3, pp. 32-63.
- P. Martelli, *Una nuova introduzione 10 anni dopo*, in Unità operativa semplice dipartimentale Museo Laboratorio della Mente (a cura di), *Museo Laboratorio della Mente*, Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 1-Studio Azzurro, Silvana Editoriale, Milano 2019, pp. 10-15.
- E. Martinelli, *Stages of Memory. Strategie per la rigenerazione dell'ex manicomio di San Salvi a Firenze*, tab edizioni, Roma 2023.
- D. Martinez, *Maria Fuxa, una voce dal silenzio*, in «Le Ortique», 7 marzo 2021: <https://leortique.wordpress.com/2021/03/07/maria-fuxa-una-voce-dal-silenzio/>.

- R. Marzano *Amicizia, femminismo, storia orale: uno studio su Anna Maria Bruzzone*, in «Il De Martino. Storie, voci, suoni», 36 (2023), pp. 99-105.
- B. Masiani, *Territorio educante. Spazi dinamici di istruzione nella città come scuola*, in «Contesti. Città territori progetti», V (2020), n. 2, pp. 163-176: <https://oajournals.fupress.net/index.php/contesti/article/view/12287/12200>.
- A. Massi (a cura di), *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, Be-Ma, Milano 2010.
- A. Mela, *La città postmoderna. Spazi e culture*, Carocci, Roma 2020.
- D. Mencarelli, *Tutto chiede salvezza*, Mondadori, Milano 2020.
- G. Menechella, *Scrittrici e lettrici "malate di nervi" nell'Ottocento e nel Novecento*, in «Forum Italicum», 34 (2000), n. 2, pp. 372-401.
- G. Meneghel, *Relazioni sul quinquennio 1946-50*, Industrie poligrafiche Longo e Zoppelli, Treviso 1951.
- G. Meneghel, *Relazione sul quadriennio 1951-54*, Panfilo Castaldi, Feltre 1955.
- A. Merini, *Il giardino d'estate era pieno d'uccelli*, in «Alfabeta», V (1983), n. 52, p. 10.
- A. Merini, *La Terra Santa*, All'insegna del pesce d'oro, Milano 1984.
- A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Libri Scheiwiller, Milano 1986.
- A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa. Nuova edizione accresciuta*, Rizzoli, Milano 1997.
- A. Merini, *Il tormento delle figure*, Il melangolo, Genova 1990.
- A. Merini, *Vuoto d'amore*, Einaudi, Torino 1991.
- A. Merini, *Reato di vita. Autobiografia e poesia*, Associazione culturale Melusine, Milano 2005.
- A. Merini, *Lettere al dottor G*, Frassinelli, Milano 2008.
- A. Merini, *Il suono dell'ombra. Poesie e prose (1953-2009)*, a cura di A. Borsani, Mondadori, Milano 2010.
- S. Messina, *Da parco urbano ad "agorà" pubblica: un progetto multifunzionale per la costruzione di un'identità civica "glocale"*, «Scienze del territorio», VII (2020), n. 8, *La democrazia dei luoghi. Azioni e forme di autogoverno comunitario*, pp. 145-153: <https://doi.org/10.13128/sdt-11811>.
- R. Mezzina, R. Ghiaia, A. Gaglio, M. Reali, *Saperi e pratica territoriale*, in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, pp. 321-336.
- R. Mezzina, *Ambivalenza dell'idea di comunità nella deistituzionalizzazione*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996, pp. 208-218.
- C. Migani, *Memorie di trasformazione. Storie da manicomio*, Negretto, Mantova 2018.
- G. Micheli (a cura di), *Utopia e realtà: una memoria collettiva. Ricordi e testimonianze per la fondazione di un Archivio della Memoria Orale dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo*, Edifir, Firenze 2009.
- G.A. Micheli, *I nuovi Catari. Analisi di un'esperienza psichiatrica avanzata*, il Mulino, Bologna 1982.

- G.A. Micheli, *In terra incognita. Disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis, Milano-Udine 2024:
- G.A. Micheli, *Premessa. Come nasce questa lettura sghemba di una pagina di storia*, *ivi*, pp. 17-24.
- V. Milano, E. Rasi Caldogno, *Le strutture psichiatriche nell'ULSS n. 4-Comunità Montana Feltrina della Regione Veneto*, in *Il manicomio dimenticato*, a cura di G. Contini, E. Straticò, Clueb, Bologna 1988, pp. 69-74.
- P. Milone, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino 2021.
- M. Minelli, «Divorare per non essere divorati». *Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile*, in «Lares», 80 (2014), n. 2, pp. 387-412.
- M. Minelli, *Salute mentale e territorio*, in «Rivista della Società italiana di antropologia medica», 21 (2020), n. 49, pp. 129-162.
- G.F. Minguzzi, [nota s.t.], in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 261-268.
- V. Minnella, *Se vi va bene bene se no sege. Dall'antimilitarismo a Radio Alice a ancora più in là*, Alegre, Roma 2023.
- R. Misiti, A. Debernardi, C. Gerbaldo, M. Guarnieri, *La riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione*, Cnr-Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1981.
- A. Molaro, G. Stanghellini (a cura di), *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, UTET, Torino 2020:
- A. Molaro, *Basaglia, ivi*, pp. 401-423.
- C. Molesini, *Ospedale psichiatrico provinciale di Feltre*, in *Archivio storico della psicologia italiana*: <https://www.aspi.unimib.it/it/data/entita/775-ospedale-psichiatrico-provinciale-di-feltre>.
- C. Molesini, D. Perco, *Sguardi bambini. Testimonianze sull'ospedale psichiatrico di Feltre*, in E. Benetti, C. Munno, F.M. Paladini (a cura di), *Infanzie vulnerabili, istituzioni speciali*, «Venetica», XXXVIII (2023), n. 64, pp. 159-176.
- S. Montaldo, *Manicomio e psichiatria nel Regno di Sardegna, 1820-1850*, in Centro italiano di storia sanitaria e ospedaliera (a cura di), *Il Regio Manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Gruppo Abele, Torino 2007, pp. 10-53.
- A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu (a cura di), *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, Unità sanitaria locale 14-Ales, Valdés, Cagliari 1987, pp. 192-19.
- G. Moon, R. Kearns, *The Afterlives of the Psychiatric Asylum: Recycling Concepts, Sites and Memories*, Routledge, London 2015: <https://doi.org/10.4324/9781315612317>.
- M. Moraglio, *C'era una volta un manicomio: da ospedale psichiatrico a università: il caso di Grugliasco*, in «Quaderni di storia dell'Università di Torino», 4 (2000), pp. 222-250.
- M. Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Unico-pli, Milano 2002.
- G. Morandini, *...E allora mi hanno rinchiusa. Testimonianze dal manicomio femminile*, Bompiani, Milano 1977.
- G. Mossa, G. Coda, *Osservazioni cliniche e terapeutiche sull'alcoolismo e sul trattamento degli alcoolisti*, Minerva Medica, Torino 1959.
- F. Munzi, *Krypton*, docufilm, Cinemaundici-Rai Cinema, Italia 2023, 107'.

- I. Mytaftsi, *Dark Tourism and Ethics*, in D. Buhalis (a cura di). *Encyclopedia of Tourism Management and Marketing*, 4 voll., Edward Elgar Publishing, Cheltenham 2022, vol. I, pp. 769-77.
- T. Negri, *Lavoro negativo e istituzionalità proletaria*, in T. Negri, *Macchina tempo. Rompicapi liberazione costituzione*, Feltrinelli, Milano 1982, pp. 207-230.
- C.T. Neely, *Distracted Subjects. Madness and Gender in Shakespeare and Early Modern Culture*, Cornell University Press, New York 2004.
- R. Nodari, S. Calamai, H. Van den Heuvel, *Less is more when FAIR. The minimum level of description in pathological oral and written data*, in M. Monachini, M. Eskevich, (edited by), *Proceedings of CLARIN Annual Conference 2021*, Utrecht 2021, pp. 166-171: https://office.clarin.eu/v/CE-2021-1923-CLARIN2021_ConferenceProceedings.pdf.
- P. Nora (sous la direction de), *Les Lieux de Mémoire*, 3 voll., Gallimard, Paris 1984-1992.
- F. Nota, *La psichiatria secondaria: narrazioni di cronicizzazione di utenti e care-giver*, in «Sociologia Italiana AIS Journal of Sociology», XV (2025), n. 27, pp. 9-31.
- M. Novello, G. Gallio (a cura di), *Franco Basaglia e la psichiatria fenomenologica. Ipotesi e materiali di lettura*, Mucchi Editore, Modena 2023.
- La Nuova Cooperativa, *Volevamo soltanto cambiare il mondo. Storia di un'impresa sociale a Torino negli anni Ottanta*, Sonda, Torino 1992.
- L. Occhini, G. Peruzzi, *Storie dai Tetti rossi*, podcast, Italia 2021: <https://www.podchaser.com/podcasts/storie-dai-tetti-rossi-1872498>.
- I. Oddone, A. Re, G. Briante, *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*, Einaudi, Torino 1977.
- F. Ongaro Basaglia, *Commento a E. Goffman*, La carriera morale del malato mentale, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria? Discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Amministrazione provinciale di Parma, Parma 1967, pp. 231-285; II ed. in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino 1973, pp. 221-284.
- F. Ongaro Basaglia, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, il Saggiatore, Milano 1982.
- F. Ongaro [Basaglia], *Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni*, in M.G. Giannichedda, F. Ongaro [Basaglia] (a cura di), *Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, FrancoAngeli, Milano 1987, pp. 38-54.
- F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982.
- F. Ongaro Basaglia, *Nota introduttiva*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini+Castoldi, Milano 2018, pp. 7-14.
- J. Onnis (a cura di), *Le voci degli altri. Luigi Onnis. La mente e il cuore*, AIPSA, Cagliari 2023.
- L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980:
L. Onnis, G. Lo Russo, *Introduzione*, *ivi*, pp. 11-33.
- L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo. Storia teoria e pratica*, Savelli, Roma 1979.
- R. Osborne, *Asylums as cultural heritage: the challenges of adaptive reuse*, in C. Coleborne, D. MacKinnon (edited by), *Madness in Australia: histories, heritage and the asylum*, University of Queensland Press, St. Lucia 2003, pp. 217-227.

- G. Padovani, *L'evoluzione dell'ospedale psichiatrico*, in M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale*, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane, Leonardo Edizioni Scientifiche, Roma 1964, pp. 35-41.
- A. Papuzzi, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977.
- C. Pariani, *Vita non romanzata di Dino Campana*, Guanda, Parma 1978.
- T. Parsons, *The Social System*, Routledge & Kegan, London 1951.
- E. Pascal, *Comunità alloggio per ex-ricoverate in manicomio: dal progetto alla realizzazione nel Comune di Settimo Torinese*, in «Prospettive assistenziali», X (1978), n. 41, pp. 30-34: https://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/041/41_comunit%C3%A0_alloggio_per_ex_ricoverati.htm.
- E. Pascal, *Relazione tecnico-operativa*, in «Psichiatria/Informazione», IV (1982), n. 5, pp. 20-35.
- E. Pascal, *Follia e ricerca. Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*, Rosenberg & Sellier, Torino 1991.
- P.P. Pasolini, *Il sogno di una cosa*, Garzanti, Milano 1962.
- E. Passos, V. Kastrup, L. da Escóssia, *Pistas do método da cartografia Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, Editora Sulina, Porto Alegre 2009.
- B. Pastor, *Progettazione di ospedali: l'organizzazione dello spazio tra specializzazione e flessibilità, ovvero la ricerca del tipo neutro*, in S. Maffioletti (a cura di), *La concretezza sperimentale. L'opera di Nani Valle*, Il poligrafo, Padova 2016, pp. 155-178.
- B. Pastor, A. Bellavitis (a cura di), *Architettura e impegno civile a Venezia. Nani Valle e Giorgio Bellavitis*, Sparc, Venezia 2022.
- M. Patti, *La deistituzionalizzazione nel Mezzogiorno: lotte antistituzionali e rinnovamento psichiatrico a Palermo e Reggio Calabria tra anni sessanta e settanta*, in «Meridiana: rivista di storia e scienze sociali», n. 102 (2021), pp. 171-194.
- M. Patti, *Meglio 'fuori' che dentro: Palermo contro il manicomio*, in «Zapruder: rivista di storia della conflittualità sociale», 61 (2023), pp. 35-54.
- M. Patti, «Qualcosa mai definito al femminile». *Lotte, esperienze e pratiche femminili nella deistituzionalizzazione italiana*, in M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro (a cura di), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, «Genesis», XXIII (2024), n. 2, pp. 121-143.
- M. Pecorini, «Assistenza psichiatrica e vita sociale»: un'esperienza innovativa prima della legge 180, tesi di laurea in Scienze e tecniche psicologiche, relatrice Patrizia Guarnieri, Scuola di psicologia, Università degli studi di Firenze, a.a. 2013-2014.
- L. Peiry, *Nannetti*, Infolio, Gollion-Lausanne 2011.
- C. Pellicanò, *Se parlo della città parlo anche dell'uomo*, in «La Nuova Città», IV (1984), n. 3, pp. 113-114.
- C. Pesce, *Pratiche di liberazione. Il manicomio di Arezzo negli anni di Agostino Pirella (1971-1978)*, Pacini, Pisa 2023.
- F. Petrella, *Dario De Martis: uno psichiatra, uno psicoanalista*, in «Rivista di psicoanalisi», XLIII (1997), n. 2, pp. 353-362.
- G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati. Analisi di un'esperienza*, Tesi di specializzazione, Università di Torino, Facoltà di Magistero, a.a. 1972-1973.
- V. Petruzzellis, F. Pinzone, *I nuovi servizi psichiatrici tra controllo manicomiale e nuova*

- cronicità nel territorio. Il caso di Palermo*, in D. De Salvia, P. Crepet (a cura di), *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*, Feltrinelli, Milano 1982, pp. 346-359.
- A. Pirella, P. Tranchina (a cura di), *Psichiatria e buon governo*, in «Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale», n. 59-61 (1979).
- A. Pirella, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 151-167.
- A. Pirella, *Appunto sulla società terapeutica. Organizzare un servizio psichiatrico «forte»?* , in P. Crepet, G. De Plato, D. De Salvia, M.G. Giannichedda (a cura di), *Fra regole e utopia. Ipotesi e pratiche per una identificazione del campo psichiatrico*, Società cooperativa Psichiatria Democratica, Bologna 1982, pp. 125-134.
- A. Pirella, *L'inesauribile estensione e la linea "forte" (1986)*, in «Aut Aut», LXIX (2020), n. 385, pp. 41-59.
- A. Pirella, *Politiche di fine secolo per la deistituzionalizzazione*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996, pp. 16-22.
- A. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005, pp. 117-129.
- S. Piro, *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano 1971.
- S. Piro, *Morte e resurrezione della psichiatria alternativa italiana (1978)* in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *La ragione degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo. Storia teoria e pratica*, Savelli, Roma 1979, pp. 161-167.
- S. Piro, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 168-183.
- S. Piro, A. Oddati (a cura di), *La Riforma Psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia (Studio sull'attuazione della legge n.180 del 13 maggio 1978 in sei province dell'Italia meridionale peninsulare)*, Cnr-Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1983.
- S. Piro, C. Carrino, *Quando ho i soldi mi compro un pianoforte. Conversazioni con un protagonista della psichiatria del '900*, Liguori, Napoli, 2010.
- S. Piro, *Legge 180 vent'anni dopo: intervista a Sergio Piro*, in «Psychiatry online Italia», 9 aprile 2013: <https://www.psychiatryonline.it/interviste/legge-180-ventanni-dopo-intervista-a-sergio-piro-2/>.
- G. Pisano, *Lista d'attesa*, Demos, Cagliari 1999.
- G. Pisano, M. Solinas (a cura di), *Josto Manca fotoreporter: l'occhio della cronaca*, L'Unione Sarda, Cagliari 2010.
- O. Pivetta, *Franco Basaglia il dottore dei matti. La biografia*, Baldini+Castoldi, Milano 2018.
- R. Pocobello, F. Camilli, G. Rossi, M. Davì, C. Corbascio, D. Tancredi, A. Oretti, T. Bonavigo, G.M. Galeazzi, O. Wegenberger *No-Restraint Committed General Hospital Psychiatric Units (SPDCs) in Italy. A Descriptive Organizational Study*, in «Healthcare»,

- 12 (2024), n. 11, 1104: <https://doi.org/10.3390/healthcare12111104>.
- C. Polcri, *Writing behind the walls. A walk by the silent side of Italian mental institutions*, in «Rivista della Società italiana di antropologia medica», 10 (2005), n. 19-20, pp. 273-288: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/226/216>.
- P. Politi (a cura di), *Dario De Martis*, in «SpiWeb Società psicoanalitica italiana», 17 gennaio 2018: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/dario-de-martis-cura-pierluigi-politi/>.
- F. Prina, *La malattia mentale tra esclusione e diritti. Movimenti e sistema politico nella riforma della legislazione psichiatrica*, Sonda, Torino 1993.
- Provincia di Torino, *Le province ed i problemi dell'assistenza psichiatrica*, Torino, 25-26 giugno 1966, convegno nazionale organizzato dalla Provincia di Torino con la collaborazione delle Province di Genova e Varese, Impronta, Torino 1966.
- A. Puggioni, *L'assistenza psichiatrica pubblica a Nuoro (dal 1967 al 1985). Il Dipartimento di Salute mentale*, in A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu (a cura di), *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, Valdés, Cagliari 1987, pp. 21-28.
- D. Pulino, *Quale deistituzionalizzazione? I casi dei manicomi di Firenze e di Arezzo*, in M. Baioni, M. Setaro (a cura di) *Asili della Follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini Editore, Pisa 2017, pp. 164-181.
- D. Pulino, *Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968-1978)*, alphabeta Verlag, Merano 2016.
- D. Pulino, *Le metamorfosi della politica di salute mentale italiana*, in «Cartografie sociali», V (2020), n. 9, pp. 168-183.
- S. Radaelli, *Il senso della vita (e della follia) in Alda Merini*, in «Nuova Umanità», XXXII (2010), n. 6, 192, pp. 725-743.
- F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, Einaudi, Torino 2000.
- F. Ramondino, R. Siebert, A. Signorelli, *In direzione ostinata e contraria*, Tullio Pironti, Napoli 2015.
- E. Rayner, *Introduzione*, in T.F. Main, *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*, a cura di F. Paparo, trad. it. di F. Forquet dell'Orefice, Il Pensiero Scientifico, Roma 1992, pp. XV-XXX.
- R.R. Reed, *Bedlam on the Jacobean stage*, Harvard University Press, Cambridge 1952.
- A. Ricci, L. Attenasio, *Imparare dal manicomio*, in P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996, pp. 147-150.
- P. Ricœur, *La memoria, la storia, l'oblio*, a cura di D. Iannotta, Raffaello Cortina, Milano 2003 (I ed. *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Seuil, Paris 2000).
- M. Rispoli, *Architecture in crisis. Experiments with more-than-human participation*, Cratèra, Napoli 2024: <https://cratera.it/Architecture-in-crisis>.
- M. Risso, [intervento], in L. Onnis, G. Lo Russo (a cura di), *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 184-198.
- S. Roberto, *Cultura architettonica e pratica terapeutica nella progettazione del manicomio di Arezzo*, M. Baioni, M. Setaro (a cura di), *Asili della Follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa 2017, pp. 106-125.

- V. Roghi, *Famiglie contro Legge 180: una bufala che compie 40 anni*, in «minima et moralia», 4 luglio 2018: <https://minimaetmoralia.it/politica/famiglie-legge-180-bufala-compie-40-anni/>.
- V. Roghi, *Archivi della follia: in cerca di Franco Basaglia*, podcast, Italia 2024, 300': <https://www.raiplaysound.it/programmi/archividellafolliaincercadifrancobasaglia>.
- L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003.
- A. Rossi, *L'architettura della città*, Marsilio, Padova 1966.
- E. Rossi, *50 anni di CLU-Lavoratori Uniti Franco Basaglia Cooperativa Sociale*, documentario, Ghirigori, CLU Franco Basaglia, Italia 2024, 58'.
- M. Rossi Monti, *La psicopatologia tra Scilla e Cariddi*, in G. Di Petta, G. Di Piazza (a cura di), *Arnaldo Ballerini. Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2011, pp. XIII-XVIII.
- G. Roster, *Il nuovo manicomio di S. Salvi a Firenze*, in «L'edilizia moderna. Periodico mensile di architettura pratica e costruzione», IX (1900), n. 2, pp. 10-11.
- A. Rota, *Storia dell'ospedale di Feltre*, Tipografia editrice Panfilo Castaldi, Feltre 1976.
- F. Rotelli (a cura di), *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, alphabeta Verlag, Merano 2015.
- F. Rotelli, *Quale psichiatria? Taccuino e lezioni*, Postfazione di B. Saraceno, alphabeta Verlag, Merano 2021.
- F. Rotelli, *L'istituzione inventata* (1986), *ivi*, pp. 41-53.
- P.A. Rovatti, *Prefazione. Denuncia e battaglia*, in P. Cipriano, *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Elèuthera, Milano 2019, pp. 9-13.
- F. Rufo (a cura di), *La salute è un diritto. Giovanni Berlinguer e le riforme del 1978*, Ediesse/Futura, Roma 2020.
- M. Sabia, *Lettere dalla clinica: il ricovero di Amelia Rosselli presso il Sanatorium Bellevue attraverso la corrispondenza*, in *Carte d'archivio dal Novecento. Seminario "Aldo Mastropasqua"*. Intervento a convegno non pubblicato (Roma, 25 novembre 2024): <https://iris.uniroma1.it/handle/11573/1729162>.
- P. Salera, *Il complesso architettonico di S. Maria della Pietà*, in A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, A. Iaria (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Dedalo, Roma 1994, pp. 207-220.
- M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro (a cura di), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, in «Genesis», XXIII (2024), n. 2, *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, pp. 5-143.
- S. Salvo, *Il padiglione Bonucci. Storia e restauro di un monumento dimenticato dell'ex manicomio di Perugia*, Volumnia Editrice, Perugia 2010.
- R. Sandell, *Museums, Prejudice and the Reframing of Difference*, Routledge, London 2007.
- S. Santiano, *b come architettura, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, e della medicina e della architettura diventate mercificazione*, Bertani, Verona 1980.
- L. Sapouna, P. Hermann (edited by), *Knowledge in Mental Health. Reclaiming the Social*, Nova Science, New York 2006.
- B. Saraceno, G. Tognoni, *Methodological lessons from the Italian psychiatric experience*, in «International Journal of Social Psychiatry», 35 (1989), n. 1, pp. 98-109.

- B. Saraceno, *Prefazione*, in G.A. Micheli, *In terra incognita. Disegnare una società che cura dopo Basaglia*, Mimesis, Udine-Milano 2024, pp. 9-15.
- C. Sasso, *Diecimila lenzuola dopo*, Centro di documentazione Casap, Torino 1988 (II ed. Sonda, Milano-Torino 1992).
- M. Sassolas, *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*, a cura di P. D'Angeli, trad. it. di F. D'Angeli, Borla, Roma 2001 (I ed. *La psychose à rebrousse-poil*, Éditions Erès, Toulouse 1997).
- G. Scavuzzo, *Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, in «Ardeth», III, (2019), n. 4, pp. 128-149: <https://journals.openedition.org/ardeth/495>.
- G. Scavuzzo, *Il parco della guarigione infinita*, LetteraVentidue, Siracusa 2020.
- G. Scavuzzo, *La casa per i matti e la casa per lo psichiatra che li ha liberati. La collaborazione di Nani Valle e Giorgio Bellavitis con Franco Basaglia e Franca Ongaro*, in «La rivista di Engramma (open access)», 226 (2025): https://www.engramma.it/eOS/index.php?id_articolo=6079.
- M. Sciarra, *E tu slegalo*, documentario, Italia 2024, 51': <https://www.raiplay.it/programmi/etuslegalo>.
- L. Schittar, *L'ideologia della comunità terapeutica*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 153-178.
- F. Scotti, *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, 2 voll., Morlacchi, Perugia 2021-2022.
- A.T. Scull, *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in 19th Century England*, Penguin Books, London 1979.
- G.P. Semino (a cura di), *Per la socializzazione della sofferenza psichica, intervista a Franco Basaglia*, in «Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio», I (1978), n. 3, n. 3, *Segregazione e corpo sociale*, a cura di G. Canella, pp. 24-25.
- R. Sennett, *Costruire e abitare. Etica per la città*, trad. it. di C. Spinoglio, Feltrinelli, Milano 2018 (I ed. *Bulding & Dwelling. Ethics for the City*, Allen Lane, London 2018).
- G. Serra, *Fortezze vuote: Umbria, una risposta politica alla follia*, documentario, Unitele-film, Italia 1975, 120'.
- M. Setaro, *Le vite di dentro: Anna Maria Bruzzone e i testimoni della follia*, in A.M. Bruzzone, *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro, S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021, pp. 391-399.
- M. Setaro (a cura di), F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di Donzelli, Roma 2024:
- M. Setaro, *Franco Basaglia: uno, nessuno, centomila. Introduzione*, *ivi*, pp. 3-53.
- A. Signorelli, *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma 2015:
- A. Signorelli, *Centro donna-Salute mentale: una storia di genere*, *ivi*, pp. 87-99;
- A. Signorelli *Profonda/mente sud: la 180 si è fermata a Eboli?*, *ivi*, pp. 201-208.
- A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, alphabeta Verlag, Merano 2018.
- B. Sorgoni (a cura di), *Etnografia dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, Centro Informazione Stampa Universitaria, Roma 2011.
- M. Spivak, *Introduzione alla riabilitazione sociale. Teoria, tecnologia e metodi di interven-*

- to, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale delle alienazioni», CXI (1987), n. 3, pp. 522-574.
- L. Spurio, *L'Alda Merini della terra di Sicilia: note su Maria Ermegilda Fuxa*, in L. Spurio (a cura di), *Sicilia. Viaggio in versi*, Associazione Culturale Euterpe, Jesi 2019, pp. 165-167.
- G. Stanghellini, M. Rossi Monti (a cura di), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
- I. Stengers, *Putting Problematization to the Test of Our Present*, in «Theory, Culture & Society», 38 (2019), n. 2, pp. 71-92.
- F. Stefanoni, *Manicomio Italia. Inchiesta su follia e psichiatria*, Editori Riuniti, Roma 1998.
- P.R. Stone, *A Dark Tourism Spectrum: Towards a typology of death and macabre related tourist sites, attractions and exhibitions*, in «Tourism: An International Interdisciplinary Journal», 54 (2006), n. 2, pp. 145-160: <https://clouk.uclan.ac.uk/id/eprint/27720/>.
- D. Tabor, *Voci dal manicomio. Il racconto pubblico dell'ospedale psichiatrico nelle testimonianze dei ricoverati*, in «Rivista sperimentale di freniatria», CXLVII (2023), n. 3, pp. 161-185.
- D. Tabor, *Memorie della liberazione dal manicomio. Per una storia orale della deistituzionalizzazione a Torino*, in D. Adorni, D. Tabor (a cura di), *Memorie che curano/ Memorie da curare. Patrimoni culturali e deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino*, FrancoAngeli, Milano 2024, pp. 21-31.
- M. Tafuri, *Progetto e utopia. Architettura e sviluppo capitalistico*, Laterza, Roma-Bari 1973.
- T. Tarsia, A. Nucita (a cura di), *Saperi professionali e co-ricerca nei servizi. Otto saggi di scrittura collettiva*, FrancoAngeli, Milano 2024.
- A. Tatossian, *La fenomenologia delle psicosi*, a cura di R. Dalle Luche, G. Di Piazza, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2003 (I ed. *La phénoménologie des psychoses. Rapport de psychiatrie*, Masson, Paris 1979).
- C. Tedesco, *Il rumore del manicomio. Testimonianze dall'ospedale psichiatrico di Racconigi*, Arabafenice, Boves 2019.
- H. Terzian, *Notizie biografiche e pubblicazioni*, Società Poligrafica Sarda, Cagliari 1969.
- M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 1982.
- M. Tobino, *Una vacanza romana*, Mondadori, Milano 1992.
- M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Vallecchi, Firenze 1953 (II ed. Mondadori, Milano 1963).
- M. Tolomelli, *L'Italia dei movimenti. Politica e società nella Prima repubblica*, Carocci, Roma 2015.
- L. Topp, J.E. Moran, J. Andrews (edited by), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*, Routledge, New York 2007:
- L. Topp, *The modern mental hospital in late Nineteenth-Century Germany and Austria: psychiatric space and images of freedom and control*, *ivi*, pp. 241-261.
- L. Toresini (a cura di), *La testa tagliata. Figlicidio e leucotomia: un processo storico a due psichiatri riformatori*, alphabeta Verlag, Merano 2001.
- M. Torgovnick, *Gone Primitive. Savage Intellectuals, Modern Lives*, University of Chicago Press, Chicago 1990.
- P. Tranchina, *I manicomi del Sud non hanno nulla da invidiare a quelli del Nord*, in «Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi

- alternative nel campo istituzionale», II, (1973), n. 7, p. 254.
- P. Tranchina, M.P. Teodori (a cura di), *Manicomio ultimo atto. Bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Centro Documentazione Pistoia, Lucca 1996.
- G. Turchetta, *Dino Campana. Biografia di un poeta*, Marcos Y Marcos, Milano 1985.
- R. Twine, *Physiognomy, Phrenology and the Temporality of the Body*, in «Body & Society», 8 (2002), n. 1, pp. 67-88.
- Unione regionale Province piemontesi, *L'assistenza psichiatrica nel quadro del servizio sanitario nazionale. Atti del Convegno di Torino, 29-30 maggio 1971*, Tipografia Stigra, Torino 1971.
- F. Valente, *Altro nulla da segnalare*, Einaudi, Torino 2022.
- A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2017.
- A. Valeriano, *Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia*, Donzelli, Roma 2022.
- M. Vanore, M. Triches (a cura di), *Del prendersi cura. Abitare la città-paesaggio*, Quodlibet, Macerata 2019.
- M. Varacalli, *Villa Clara. Storia del manicomio di Cagliari*, Iskra, Ghilarza 2024.
- N. Vascon, *Introduzione documentaria*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 13-110.
- E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979.
- E. Venturini, D. Casagrande, L. Toresini, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, FrancoAngeli, Milano 2010.
- R. Vighi, *Presentazione del convegno*, in M. Cennamo, P. Casagrande (a cura di), *Processo al manicomio. Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna, 24-26 aprile 1964, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane*, Leonardo, Roma 1964, pp. 3-6.
- M. Vigneri, *In ricordo di Fausto Petrella (1938-2020)*, in «SpiWeb Società psicoanalitica italiana», 14 aprile 2020: <https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/cultura/ricordo-di-fausto-petrella-1938-2020/>.
- R. Volmat, *L'Art Psychopathologique*, Presses Universitaires de France, Paris 1956.
- C. Volpato, *La negazione dell'umanità: i percorsi della deumanizzazione*, in «Rivista internazionale di filosofia e psicologia», 3 (2012), n. 1, pp. 96-109: <https://doi.org/10.4453/rifp.2012.0009>.
- Z. Whyte, *Miopia, incertezza e potere nel sistema d'asilo danese*, in «Lares», 77 (2011), n.1, pp. 35-64.
- D. Winnicott, *Psicoanalisi dello sviluppo. Brani scelti*, a cura di A. Nunziante Cesàro, V. Boursier, Armando, Roma 2004.
- V.J. Wood, W. Gesler, S.E. Curtis, I.H. Spencer, H.J. Close, J. Mason, J.R. Reilly, «Therapeutic Landscapes» and the Importance of Nostalgia, Solastalgia, Salvage and Abandonment for Psychiatric Hospital Design, in «Health & Place» 33 (2015), pp. 83-89: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.02.010>.
- E. Wulff, *Psichiatria e classi sociali*, Prefazione di W. F. Haug, Laterza, Roma-Bari 1987 (I ed. *Psychiatrie und Klassengesellschaft*, Athenäum, Frankfurt am Main 1972).

- G. Yildiz, *Community-driven heritage care: developing an inclusive and sustainable landscape of care for Pionta*, in «Landscape Research», 49 (2024), n. 6, pp. 882-895: <https://doi.org/10.1080/01426397.2024.2359518>.
- C. Younès, T. Paquot (sous la direction de), *Éthique, architecture, urbain*, Éditions La Découverte & Syros, Paris 2000.
- M.L. Zardini, *La tragedia psichiatrica*, SugarCo, Milano 1986.
- S. Zavoli, *I giardini di Abele*, Rai, documentario, Italia 1978, 26': <https://www.raiplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia>.
- G. Zilboorg, G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, trad. it. di M. Edwards, Feltrinelli, Milano 1963 (I ed. *A History of Medical Psychology*, Norton & Company, New York 1941).

Indice dei nomi

- Abbondanza, Sissi, 332, 333
Acuti, Giovanni, 204, 348
Adamo, Pierluigi, 241, 339
Adorni, Daniela, 5, 9, 13, 37, 49, 50, 339, 368
Agostini, Giancarla, 218
Agosti, Silvano, 53, 339
Aguglia, Eugenio, 53, 339
Aime, Marco, 339
Aires, Maddalena, 218
Ajroldi, Cesare, 307, 310, 330, 339, 347, 358
Alajouanine, Théophile, 207
Albanese, Giulia, 285, 352
Albertini, Giancarlo, 7, 217
Alberto, utente dei Servizi, 147
Ales, Maria, 174
Alessandrini, Marco, 112, 354
Ali, Vittorio, 102, 103
Alison, Pasquale, 249, 250, 340
Allmond, Gillian, 321, 340
Alpe, infermiera, 218
Alunni, Lorenzo, 266, 340
Ambrosini, Giangiulio, 68, 69
Amelii, Niccolò, 170, 340
Amerio, Franca, 218
Amin, Walid Sayed, 315, 340
Ammaniti, Massimo, 47, 340
Andrews, Jonathan, 314, 319, 340, 368
Angioni, Antonio, 211
Anna, caregiver, 148, 149
Anteo, figlio di Gea, 116
Antonucci, Giorgio, 46, 340
Armiato, Luigi, 309, 311, 340, 348
Appetito, Fabio, 186, 340
Argiolas, Orazio, 215, 340
Artaud, Antonin, 332
Ascoli, Claudio, 332, 333, 334
Assmann, Aleida, 307, 340
Attenasio, Luigi, 35, 365
Aymonino, Carlo, 287
Azara, Liliosa, 165, 340
Babini, Valeria P., 26, 241, 255, 257, 309, 341
Baccianini, Mario, 273, 349
Bachelard, Suzanne, 131, 353
Baioni, Massimo, 53, 169, 321, 325, 341, 344, 345, 365
Balconi Marcella, 236
Balduzzi, Edoardo, 236, 238, 239, 341
Balestracci, Fiammetta, 242, 341
Balistreri, Gianni, 174, 179, 341
Ballerini, Arnaldo, 120, 350, 366
Balocco, Maria, 218
Barberini, Francesco, 277
Barbone, Donato, 356
Barelli, Stefano, 279, 341, 354
Barison, Ferdinando, 45, 348
Barone, Pasquale, 215
Bartolomei, Giorgio, 25, 341
Bartolozzi, Renato, 336
Basaglia, Franco, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 49, 51, 53, 57, 59, 66, 68, 69, 71, 73, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 119, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 132, 133, 134, 136, 137, 141, 168, 172, 178, 193, 204, 205, 209, 214, 218, 220, 221, 223, 229, 234, 235, 241, 242, 243, 244, 252, 255, 257, 258, 261, 273, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 302, 308, 309, 312, 315, 316, 322, 328, 331, 332, 339, 341, 342, 343, 345, 346, 348, 349, 350, 352, 354, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 362, 364, 366, 367, 369
Battaglia, Letizia, 174
Battaglino, Maria Teresa, 51, 343

- Battiston, Edgardo, 295, 343
 Beccaria Rolfi, Lidia 195, 345
 Bellavitis, Anna, 285, 363
 Bellavitis, Giorgio, 7, 285, 286, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 343, 344, 352, 367
 Bellocchio, Marco, 53, 339
 Belloni, Giovanni Battista, 208
 Bencini Briatti, Alda, 204, 217, 257
 Benedetti, Gaetano, 45, 348
 Benetti, Elisabetta, 230, 344, 361
 Benusiglio, Rosella, 219
 Bertani, Mauro, 160, 353
 Bertinotti, Luca, 215, 344
 Bertolo, Bruna, 344
 Bertotto, Silvio, 238, 344
 Betti, Lorenzo, 137, 344
 Biamonte, Eliana, 174
 Bianchi, Francesca, 7, 319, 321, 324, 325, 344
 Bianchi, Leonardo, 110
 Bianucci, Piero, 310, 344
 Biasini, Giuseppe, 5, 65, 66, 67, 68, 69, 71
 Biliotti, Francesca, 169, 345
 Binswanger, Ludwig, 21, 229
 Bizzarri, Valeria, 26, 52, 355, 359
 Bocelli, Arnaldo, 168, 344
 Boggio, Sara, 313, 344
 Bogliolo, Giovanni, 268, 352
 Bollini, Paolo, 26, 344
 Bolzoni, Lina, 278, 344
 Bonan, Giacomo, 253, 344
 Bonavigo, Tommaso, 364
 Bonfigli, Alessandra, 277, 344, 366
 Bonfiglio, Anna Maria, 178, 344, 345
 Bonvicini, Alberto (Albertino), 47, 65, 67, 70, 345, 346
 Bono, Robert, 143, 353
 Borghi, Antonio, 323, 354
 Borghi, Marco, 285, 352
 Borgna, Eugenio, 22, 23, 119, 345, 347
 Borgogno, Elio, 236
 Borsani, Ambrogio, 181, 345, 360
 Bortino, Raffaella, 217, 357
 Bottino, Silvana, 218
 Bove, Egidio, 122, 345
 Boursier, Valentina, 222, 369
 Boveri, Bruno, 219
 Bovoli, Fausto, 165, 355
 Bracco, Maria, 218
 Bravo, Anna, 197, 345
 Brevetto, Gianfranco, 160, 356
 Briante, Gianni 81, 362
 Briggs, Asa, 340
 Brighenti, Matteo, 332, 345, 348
 Brivio, Guido, 249, 266
 Brunello, Piero 199, 345
 Bruno, ricoverato psichiatrico 197
 Bruzzone, Anna Maria, 6, 49, 169, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 345, 346, 360, 367
 Bruzzone, Antonietta, 192, 194
 Bruzzone, Giacomo, 192
 Bruzzone, Isabella, 192
 Bucaccio, Elena, 40, 102, 345
 Buhalis, Dimitrios, 315
 Buonadonna, Sergio, 177
 Burns, Tom, 26, 242, 345
 Burti, Lorenzo, 26, 259, 345
 Busuito, Lillo, 174, 179, 341
 Butler, Judith, 163, 345
 Cacci, infermiera, 218
 Caccia, Matteo, 40, 348
 Caglià, Costanza, 336, 337, 345
 Calamai, Silvia, 169, 191, 193, 194, 321, 345, 346, 362, 367
 Callari Galli, Matilde, 258, 346
 Callegaro, Rosetta, 218
 Calvaruso, Claudio 347
 Camilli, Francesca, 364
 Campana, Dino, 169, 170, 171, 174, 336, 363, 369
 Candellieri, Stefano, 5, 85
 Cancrini, Luigi, 31, 346
 Cañedo Cervera, Antonio, 49, 346
 Canella, Guido, 287, 343, 346, 367
 Canosa, Romano, 108, 232, 254, 346
 Cappai, Iginio, 287, 288
 Capannolo, Gianna, 353
 Capozzoli, Mirko, 5, 47, 65, 345, 346
 Cappellari Lodovico, 128, 346
 Cappelli, Cristina, 51, 343
 Cardinal, Roger, 313, 314, 346
 Caristina, Donatella, 265, 357
 Carrino, Candida, 45, 183, 346, 364
 Carluccio, Luigi, 58
 Carniti, Barbara, 183, 186
 Carniti, Emanuela, 183, 346
 Carniti, Ettore, 183
 Carniti, Simona, 186
 Carrino, Candida, 45, 183, 346, 364
 Casagrande, Domenico, 33, 102, 104, 105, 139, 346, 369

- Casagrande, Paola, 98, 99, 205, 232, 247, 363, 369
 Casagrande, Ruggero, 258, 346
 Caselli, Stefano, 108, 346
 Cassata, Francesco, 25, 218, 346, 349, 354, 364
 Castagna, infermiera, 218
 Castel, Robert, 110, 112, 135, 346, 347
 Castelfranchi, Cristiano, 74, 347
 Castellino, Anna, 206, 347
 Castellucci, Anna, 34, 347
 Castiglia, Roberto, 310, 347
 Castigliengo, Giuliano, 119, 347
 Catalano, Giuseppe, 215, 347
 Cauli, Antonio, 204
 Cavagnero, Barbara, 46, 131, 242, 244, 351
 Cavallari Murat, Augusto, 302
 Cavallo, Franco, 218, 347
 Cazzullo, Carlo Lorenzo, 207
 Cederna, Camilla, 58
 Cennamo, Mario, 98, 99, 205, 232, 347, 363, 369
 Cennini, Elena, 347
 Centeleghe, Enzo, 257
 Ceraolo, Luca, 6, 131
 Cerletti, Andreina, 44, 45
 Cerletti, Ugo, 255
 Cermignani, Bruno, 25
 Cerva, Anna Maria, 218
 Cherchi, Paolo, 277, 281, 347, 354
 Chiama, Carlo, 192
 Chiama, Paola, 191, 192
 Chiaramonte, Xenia, 6, 131
 Chiarugi, Vincenzo, 329, 333
 Ciacci, Margherita, 355
 Cilli, Cristina, 344
 Cini, Marcello, 138, 347
 Cipriano, Piero, 302, 348, 366
 Cirifino, Fabio, 283, 311, 348
 Cirri, Massimo, 40, 348, 350
 Claudio, utente dei Servizi, 150, 154
 Clemente, Pietro, 331, 332, 348
 Close, Helen J., 269
 Coda, Giorgio, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 106, 107, 108, 361
 Coleborne, Catharine, 319, 348, 362
 Colja, Katja, 40, 102, 345
 Collina, Stefania, 49, 346
 Collotti, Francesco, 333
 Colucci, Mario, 134, 348
 Commodari, Bruno, 250, 348
 Conci, Marco, 45, 348
 Conso, Giovanni, 74
 Consorte, Aldo, 79, 348
 Contenti, Enrico, 218, 348
 Conti, Adalgisa, 6, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 348, 350, 357
 Contini, Gianfranco, 258, 361
 Contini, Giovanni, 44, 348
 Cooper, David Graham, 111, 204, 205, 348
 Corazza, Cesare, 300
 Corbascio, Caterina, 5, 73, 78, 82, 348, 349, 354, 364
 Corbellini, Gilberto, 26, 45, 349
 Corona, Armando, 211, 212, 213
 Corti, Maria, 181, 349
 Corvi, infermiera, 218
 Cossu, Raimondo, 211
 Costantino, Maurizio, 343
 Cravero, Tommaso, 237
 Craxi, Bettino, 74
 Crepet, Paolo, 139, 244, 346, 349, 350, 354, 357, 360, 364
 Crippa, Maria Antonietta, 339, 347
 Cristina G., psicologa, 257
 Cristina, utente dei Servizi, 151-152, 153
 Crosetti, Maurizio, 238
 Crosignani, Annibale, 5, 57, 218, 221, 222, 226, 235
 Cucchi, Maurizio, 324, 356
 Curti, Vincenzo, 227
 Curtis, Sarah E., 369
 Dabbene, Daniele, 297, 349
 da Escóssia, Liliana, 264, 363
 D'Agostino, Angela, 307, 349
 Dal Lago, Alessandro, 17, 349
 Dalmaso, Sergio, 218, 349
 D'Angeli, Paolo, 123, 367
 D'Anza, V., 138
 D'Aquila, Antonio, 47, 349
 Dardi, Costantino, 287
 D'Autilia, Silvia, 19, 349, 350
 Davi, Maurizio, 364
 David, Patrizia, 32, 349
 Debernardi, Augusto, 346, 361
 De Bressieux, Solange, 177
 De Caro, Diego, 232, 236
 De Cenzo, Stefano, 268, 349
 de Certeau, Michel, 266, 273, 349
 De Cristofaro, Ernesto, 6, 97
 De Fiore, Rebecca, 121, 349
 Dekker, Thomas, 282
 Del Boca, Angelo, 205, 349

- Deleuze, Gilles, 266, 350, 351
 De Leonardis, Ota, 23, 25, 140, 328, 349, 350
 Del Giudice, Giovanna, 49, 350
 Dell'Acqua, Peppe, 40, 43, 51, 105, 178, 257, 258, 350, 356
 Della Mea, Luciano, 182, 184, 185, 195, 348, 350
 De Lorenzo, Francesco, 91
 Del Pistoia, Luciano, 125, 350
 De Luca, Giuseppe, 32, 350
 De Martis, Dario, 6, 203, 204, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 350, 363, 365
 De Mattia, procuratore generale, 98
 De Michelini, Edoardo, 103, 104
 Demichelis, Claudia, 353
 De Plato, Giovanni, 139, 346, 349, 354, 357, 360, 364
 Derrida, Jacques, 271, 350
 De Salvia, Domenico, 139, 244, 343, 346, 349, 350, 354, 357, 360, 364
 De Simoi, Guelfo, 258, 346
 Didi-Huberman, Georges, 114, 350
 Di Felice, Maria Luisa, 6, 203
 Di Petta, Gilberto, 120, 124, 350, 366
 Di Piazza, Giampaolo, 6, 119, 120, 125, 350, 366, 368
 Distefano, Giovanni Vito, 7, 9, 37, 82, 277, 278, 280, 319, 349, 351
 Di Stefano, Paolo, 183, 187, 351
 Di Vittorio, Pierangelo, 45, 46, 131, 134, 143, 242, 244, 348, 351
 Dolfini, Giorgio, 167, 351
 Donnelly, Michael, 26, 351
 Dörner, Klaus, 110, 112, 351
 Doti, Gerardo, 339, 347
 Drigo, Maria Luisa, 45, 351
 Dubuffet, Jean, 313, 351
 Durbiano, Giovanni, 297

 Edwards, Marisa, 111, 370
 Efraim, figlio di Giuseppe, 115
 El azab, Taghreed Kairy, 340
 Elisa, utente dei Servizi, 149
 Eng, Erling, 35, 351
 Erasmo da Rotterdam, 280
 Erll, Astrid, 160, 351
 Eskevich, Maria, 321, 362
 Esposito, Antonio, 347
 Esterson, Aaron, 111, 204, 204, 205, 357
 Ewald, François, 353
 Fabian, Johannes, 272, 351
 Fabiani, Mario, 331
 Fabre, Daniel, 270, 351
 Fadini, Ubaldo, 266, 350, 351
 Fanfani, David, 351
 Fanon, Franz, 15, 110, 351
 Faoro, Fulvia, 343
 Farina, Rachele, 195, 345
 Fasano, duo musicale, 58
 Favaro, Francesca, 7, 297, 299
 Favero, Davide, 5, 85
 Fedeli Bernardini, Franca, 277, 344, 366
 Ferlini, Giorgio Maria, 45, 348, 351
 Ferrara, Giuliano, 41
 Ferrara, Maurizio, 6, 119
 Ferrari, Giuseppe, 34, 208, 347, 352
 Ferrero, Guglielmo, 165, 355, 358
 Ferri Antico, Maria, 204, 211, 212, 214
 Ferri Terzian, Giuliana, 211, 212
 Ferro, Luca, 337, 352
 Ferrucci, Franco, 111, 167, 352
 Ferruta, Anna, 221, 352
 Fiamberti, Adamo Mario, 255
 Fiaschini, Fabrizio, 320, 352
 Ficco, Felice, 45, 351
 Filippini, Nadia Maria, 285, 352
 Filoni, Massimiliano, 321, 324, 344
 Fiorani, Matteo, 26, 352
 Fiorina, ricoverata psichiatrica, 58
 Fiorino, Vinzia, 26, 179, 183, 241, 252, 257, 269, 277, 352
 Flecniakoska, Jean-Louis, 282, 353
 Fletcher, John, 282
 Fo, Dario, 57
 Fontana, Alessandro, 131, 252, 353
 Foresti, Giovanni, 221, 352
 Fornari, Giuseppe, 165, 355
 Forquet dell'Orefice, Franca, 221, 359, 365
 Foot, John, 26, 102, 105, 173, 204, 205, 229, 241, 242, 309, 345, 352
 Foscolo, Ugo, 171
 Foucault, Michel, 90, 110, 111, 112, 116, 131, 132, 142, 143, 160, 162, 163, 164, 166, 167, 172, 266, 268, 281, 350, 351, 352, 353
 Francesca, utente dei Servizi, 149
 Franco, utente dei Servizi, 152, 153
 Freidson, Eliot, 153, 353
 Freud, Sigmund, 115, 353
 Frisanco, Renato, 109, 347
 Furlan, Pier Maria, 353

- Fusco, Vera, 283, 353
 Fussinger, Catherine, 353
 Fuxa, Maria Ermenegilda, 6, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 344, 345, 353, 358, 359, 368
 Fuzier, Jean, 282, 353
- Gaber, Giorgio, 92-93
 Gabrici, Enzo, 182, 186
 Gabriele, Giuseppe, 139, 346
 Gaglio, Alfonso, 360
 Galeazzi, Gian Maria, 364
 Galeotti, Giulia, 319, 320, 327, 353
 Galia, Ambra, 82, 354
 Gallio, Giovanna, 22, 362
 Gallo Ermanno, 219
 Gambini, Fabrizio, 6, 109, 114, 115, 354
 Garena, Giovanni, 47, 354
 Garrabé, Jean, 112, 354
 Garzoni, Tomaso, 277-281, 282, 283, 341, 347, 351, 354
 Gasco, Anna, 197, 198
 Gastaut, Henri, 208
 Gea, divinità, 116
 Gehl, Jan, 323, 354
 Gentilcore, David, 268, 354
 Gerbaldo, Claudio, 346, 361
 Gesler, Wil, 369
 Ghiaia, Raffaele, 360
 Giacanelli, Ferruccio, 44, 45, 112, 268, 351, 354
 Giacobini, Giacomo, 344
 Giannelli, Augusto, 277, 354
 Giannichedda, Maria Grazia, 18, 20, 21, 25, 26, 77, 122, 132, 133, 138, 139, 243, 273, 342, 343, 346, 349, 354, 357, 360, 362, 364
 Giardina Papa, Elisa, 283, 348
 Gibbeson, Carolyn, 319, 355
 Gibson, Mary, 165, 355, 358
 Giliberto, Franco, 59
 Ginzburg, Carlo, 134, 355
 Giordana, Marco Tullio, 108, 120, 355
 Giorgi, Alberta, 326, 355
 Giorgi, Chiara, 242, 355
 Girard, René, 165, 355
 Gissi, Alessandra, 242, 355
 Goffman, Erving, 14, 15, 16, 17, 19, 36, 89, 111, 145, 146, 147, 148, 188, 205, 229, 255, 305, 342, 349, 355, 362,
 Goldwurm, Gian Franco, 244, 355
 Gradassi, Enzo, 184
- Greco, Pietro (Pedro), 142
 Grazioli, Giovanni, 254, 355
 Grimaldi, Rita, 174
 Guareschi, Carlo, 26, 52, 355, 359
 Guardamagna, Laura, 339, 347
 Guarnieri, Mario, 346, 361
 Guarnieri, Patrizia, 26, 45, 53, 330, 346, 348, 352, 355, 363
 Guelfo D.S., sociologo, 258, 260, 261
 Guglielmi, Marina, 53, 178, 283, 315, 355-356
 Guidetti Serra, Bianca, 53, 107, 356
- Hacking, Ian, 272, 356
 Halbwachs, Maurice, 160, 356
 Hammad, Ahmed Adel Mahmoud Mohammed, 340
 Harding, Courtenay, 81, 356
 Harriss, Harriet, 290, 356
 Haug, Wolfgang F., 369
 Henry, George W., 111, 370
 Henry, Paolo, 73, 74, 76, 78, 80, 81, 347, 348
 Henry, Stéphane, 313, 356
 Hermann, Peter, 82, 349, 366
 Hizah, Doaa Samir Mohammed, 340
 Hollingshead, August B., 205, 356
 Husserl Edmund, 21, 229
 Hyde, Rory, 290, 356
 Hyppolite, Jean, 131, 353
- Iannotta, Daniela, 365
 Iaria, Antonino, 277, 344, 366
 Ierna, Riccardo, 139, 140, 356
 Illich, Ivan, 21, 324, 356
 Impastato, Giuseppe, 177
 Ivaldi Nico, 235, 356
- Jameson, Fredric, 281, 356
 Jervis, Giovanni, 15, 20, 22, 25, 26, 29, 31, 45, 205, 349, 356-357
 Jervis Comba, Letizia, 204, 357
 Jona, Ludovica, 40, 356
 Jones, Maxwell, 89, 192, 204, 217, 221, 229, 357
 Jozzia, Pietro, 184, 185, 357
- Kastrup, Virginia, 264, 363
 Kearns, Robert, 319, 361
 Kristancic, Milena, 101
- Lagrange, Jacques, 353
 Lai, Giampaolo, 77, 357

- Laing Ronald David, 111, 123, 204, 229, 357
 Lalli, Pina, 46, 357
 Lanteri, Antonello, 139, 357
 Lanz, Francesca, 319, 321, 357
 Lanza, Gabriella, 47, 357
 Lanzara, Costanza, 333, 357
 Lasagno Davide, 86, 218, 232, 233, 357
 Latour, Bruno, 265, 290-291, 357
 Lavielle, Catherine, 313, 356
 Lavitola, Giuseppe, 110
 Lenci Sergio, 287
 Lentini, Maria Teresa, 170, 171, 358
 Lentini, Stefano, 218, 358
 Lenza, Cettina, 308, 339, 347, 358
 Leoni Federico, 123, 359
 Leopardi, Giacomo, 171
 Leverd, Christine, 165, 355
 Levi Primo, 15, 205
 Levra, Umberto, 112, 358
 Liboni William, 219
 Lippi, Donatella, 330, 358
 Loi Francesca, 203
 Loi, Anna Paola, 206, 347
 Lombardo, Giovanni Pietro, 25, 341
 Lombroso, Cesare, 162, 165, 310, 340, 344, 355, 358
 Loriga, Sabina, 143, 353
 Lo Russo, Giuditta, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 251, 343, 346, 357, 359, 362, 364, 365
 Losavio, Tommaso, 43, 138, 243, 244, 354, 358
 Lotzof, Kerry, 315, 358
 Lourau, René, 135-136, 140, 358
 Lovell, Anne M., 241, 358,
 Luca, utente dei Servizi, 153-154
 Lucia C., ricoverata psichiatrica, 269-271
 Lucia, utente dei Servizi, 149, 151, 154
 Luciano, Giuseppe, 43, 46, 218, 221, 235, 358
 Luciano, utente dei Servizi, 147, 151
 Lucietta da Sutri, 280
 Lupano Paola, 222
 Lupo, Eleonora, 326, 358
 Lupo, Salvatore, 242, 359
 Lusso Angelo, 236
 Lynch, Kevin, 335, 359
- Macaluso, Luciana, 310, 359
 Maccacaro, Giulio A., 18, 138, 246, 348, 359
 MacKinnon, Dolly, 319, 348, 362
 Maffioletti, Serena, 286, 290, 359, 363
 Magagnoli, Stefano, 26, 52, 359
 Magistretti, Vico, 292
- Main, Thomas F. (Tom), 217, 221, 359, 365
 Mainardis, Pietro, 287, 288
 Maldiney, Henry, 123, 359
 Malerba, Giancarlo, 344
 Manca, Josto, 215, 344, 364
 Manganelli, Giorgio, 181
 Manuali, Carlo, 31, 139, 359
 Marcaccio, Roberta, 290, 356
 Maria Carolina d'Asburgo Lorena, 173
 Mariotti, Luigi, 100, 173, 210, 213, 230, 233, 253, 255, 287, 342
 Marey, étienne-Jules, 291
 Martelli, Pompeo, 308, 309, 311, 340, 348, 353, 359
 Martignetti Gabriella, 211, 329
 Martinelli, Eliana, 8, 329, 334, 359
 Martinez, Daita, 176, 178, 359
 Marzano, Rosa, 6, 191, 192, 198, 360
 Mascia, Anna Maria, 218
 Masiani, Benedetta, 323, 360
 Mason, James, 369
 Massarelli, Guido, 177
 Massi, Alessandro, 22, 23, 360
 Massidda Gioia, 205
 Massidda Giorgio, 211, 212
 Massucco, Germana, 5, 61
 Massucco Costa, Angiola, 192, 193, 345
 Mauri, Diana, 25, 350
 Mazza, Sergio, 292-293
 Mela, Alfredo, 322, 360
 Meloni, Giuseppe, 211
 Mencarelli, Daniele, 47, 48, 360
 Menechella, Grazia, 186, 360
 Meneghel, Gino, 254, 255, 256, 257, 360
 Meneghini Renzo, 205
 Mensi, Massimo, 330
 Merini, Alberto, 34, 347, 352
 Merini, Alda, 6, 121, 145, 169, 178, 181-190, 345, 346, 349, 360, 365, 368
 Messina, Sergio, 328, 360
 Mezzacapa, David, 123, 204, 357
 Mezzina, Roberto, 35, 139, 294, 360
 Michelazzi Trani, Maria Letizia, 103, 105
 Micheli, Gianni, 325, 360
 Micheli, Giuseppe A., 40, 53, 73, 137, 360-361, 367
 Middleton, Thomas, 282
 Migani, Cinzia, 46, 360
 Miklus, Alberto, 100-103
 Milan, Silvana, 218
 Milano, Vittorio, 258, 259, 360

- Milone, Paolo, 47, 48, 170, 340, 361
 Minella, Valerio, 137
 Minelli, Massimiliano, 7, 53, 263, 266, 361
 Minguzzi, Gian Franco, 138, 361
 Misiti, Raffaello, 141, 245, 246, 250, 346, 361
 Molaro Aurelio, 121, 361
 Molesini, Cecilia, 7, 253, 256, 259, 361
 Monachini, Monica, 321, 362
 Montaldo, Silvano, 300, 344, 361
 Montisci Alessandro, 214, 216, 354, 361, 365
 Moon, Graham, 319, 361
 Moraglio, Massimo, 25, 218, 300, 302, 303, 304, 346, 349, 354, 361, 364
 Moran, James E., 319, 368
 Morandini, Giuliana, 49, 361
 Morgenthaler, Walter, 314,
 Mori, Franco, 330
 Morin, Georges, 208
 Morselli, Giovanni Enrico, 229
 Moruzzi, Giuseppe, 208
 Mossa, Giacomo, 66, 361
 Mossetto, Paola, 219
 Muggia, Attilio, 330
 Mulas, Luigi, 211, 212, 214
 Munno, Cristina, 344, 361
 Munzi, Francesco, 48, 361
 Murtas, Marco, 203, 205, 206, 209, 214, 215
 Mussa Ivaldi Franca, 219
 Mytaftsi, Ioanna, 315, 362

 Nannetti, Oreste Fernando, 310-311, 363
 Nasta, Renato, 174
 Natalizi, Marco, 44, 348
 Neely, Carol T., 281, 282, 362
 Negri, Antonio (Toni), 133, 140, 141, 142, 362
 Negrognò, Luca, 6, 131
 Neri, Maria Luisa, 339, 347
 Neruda, Pablo, 331
 Nicola, Sergio, 302
 Nistri, Giulia, 7, 263
 Nodari, Rosalba, 321, 362
 Nora, Pierre, 362
 Nota, Federica, 6, 145, 146, 362
 Novello, Mario, 22, 362
 Novero, Cecilia, 195, 198, 199
 Nucita, Andrea, 321, 344, 368
 Nunziante Cesàro, Adele, 222, 369

 Occhini, Laura, 46, 362
 Oddati, Antonio, 138, 245, 249, 250, 340, 364

 Oddone, Ivar, 81, 362
 Ongaro, Alberto, 286
 Ongaro Basaglia, Franca, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 28, 41, 49, 77, 99, 101, 111, 120, 122, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 141, 145, 168, 172, 188, 205, 242, 255, 273, 285, 286, 289, 305, 339, 342, 343, 346, 354, 355, 358, 362, 367, 369
 Onnis, Jacopo, 205, 206, 362
 Onnis, Luigi, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 205, 206, 251, 343, 346, 357, 359, 362, 364, 365
 Oretti, Alessandra, 364
 Ortale, Letizia, 218
 Osborne, Ray, 319, 362
 Ossicini, Adriano, 25

 Padovani, Giorgio, 98, 363
 Paladini, Filippo Maria, 5, 339, 344, 361
 Palombini, Probo, 184
 Pallucca, Azzurra, 334
 Pandolfi, Adriano, 143, 353
 Paolo, utente dei Servizi, 147, 150
 Paolucci, Manlio, 312
 Paonazzo, infermiere, 218
 Papa, Catia, 242, 341
 Paparo, Franco, 221, 359, 365
 Papotti, Davide, 339
 Papuzzi, Alberto, 53, 65, 66, 70, 71, 107, 363
 Paquot, Thierry, 370
 Pariani, Carlo, 169, 363
 Parsons, Talcott, 147, 363
 Pascal Enrico, 51, 52, 61-63, 66, 218, 229, 233-235, 237-239, 363
 Pascoli, Giovanni, 171
 Pasolini Pier Paolo, 233, 262, 363
 Pasquino, Pasquale, 116, 131, 353
 Passos, Eduardo, 264, 363
 Pastor Barbara, 285, 290, 363
 Pastore, Giusi, 333
 Pastore, Vincenzo, 105
 Patenotte, Florence, 313, 356
 Patti, Manoela, 7, 173, 177, 179, 241, 246, 363, p. del profilo!!!
 Pedicone, Rosa, 218
 Pecorini, Matteo, 330, 333, 363
 Pedriali, Enrico, 221, 352
 Peiry, Lucienne, 311, 363
 Pellicanò, Carmelo, 331, 363
 Perco, Daniela, 256, 259, 361
 Peruzzi, Gloria, 46, 362
 Pesce, Caterina, 105, 363

- Petraglia, Sandro, 53, 339
 Petrella Fausto, 6, 203, 204, 206-207, 209-210, 211, 212, 214, 350, 363, 369
 Petri, Elio, 97
 Petrone, Giuseppe, 219, 228, 363
 Petruzzellis, Vito, 247, 251, 346, 363
 Piatti, Piera, 65, 68, 69, 70, 71, 72
 Piccardo, Cristina, 343
 Picciau, Miriam, 214, 216, 354, 361, 365
 Picciau, Raffaello, 211, 212,
 Pieraccini, Arnaldo, 322
 Pinel, Philippe, 89, 308
 Pinzone, Filippo, 247, 346, 363
 Piomelli, Rosaria, 323, 354
 Pirella, Agostino, 25, 27, 31, 74, 75, 86, 105, 138, 139, 195, 322, 323, 325, 342, 347, 363, 364
 Pirelli, Giovanni, 110, 351
 Piro, Sergio, 31, 33, 45, 110, 111, 244, 245, 249, 250, 251-252, 347, 364
 Pirro, Ugo, 97
 Pisani, Pietro, 173
 Pisano Giorgio, 215, 364
 Pitruzzella, Salvo, 174
 Pivetta, Oreste, 102, 364
 Pizzi, Stefano, 312
 Pizzo, Luigi, 174
 Pizzolati, Micol, 326, 355
 Pocobello, Raffaella, 75, 364
 Polcri, Chiara, 319, 365
 Politi Pierluigi, 207, 210, 365
 Porter, Roy, 340
 Pratt Hugo, 285
 Priani, Egidio, 268, 354
 Prina, Franco, 26, 365
 Procacci, Giovanna, 112, 116, 347, 353
 Puggioni Aldo, 214, 365
 Pulino, Daniele, 26, 53, 232, 325, 365
 Puozzo, Luciana, 218

 Quinto, infermiera, 218

 Radaelli, Stefano, 169, 365
 Radiati, infermiera, 218
 Rafter, Nicole Hahn, 165, 355
 Raimondo, utente dei Servizi, 147, 149, 150
 Ramondino, Fabrizia, 47, 48-49, 365
 Rasi Caldogno, Elena, 258, 259, 361
 Re, Alessandra, 81, 362
 Reali, Mario, 343, 360
 Redlich Fredrick C., 205, 356
 Reed, Robert R., 281, 365
 Reginetta Z., infermiera psichiatrica, 256, 257, 261-262
 Reilly, Joe G., 369
 Renzi, Emilio, 352
 Repaci, Maria, 70
 Ricci, Alessandro, 35, 365
 Richetto, infermiera, 218
 Ricœur, Paul, 365
 Rigney, Ann, 160, 351
 Rini, Rodolfo, 272, 356
 Risso, Michele, 31, 365
 Rispoli, Micol, 290, 365
 Roberto, Sebastiano, 321, 365
 Roghi, Vanessa, 40, 244, 366
 Roll, Carmen, 136
 Rolle, Adolfo, 343
 Romano, Augusto, 302
 Romano, Vincenza, 174
 Romiti, Francesco, 333, 336
 Rosa, Paolo, 283, 311, 348
 Roscioni, Lisa, 277, 366
 Rosina, ricoverata psichiatrica, 58
 Rosselli, Amelia, 170, 366
 Rossi, Aldo, 366
 Rossi, Erika, 40, 49, 350, 366
 Rossi, Giovanni, 364
 Rossi, Rosanna, 211
 Rossi Monti, Mario, 120, 122, 345, 366, 368
 Roster, Giacomo, 329, 330, 366
 Rota, Adriano, 254, 366
 Rotelli, Franco, 25, 26, 27, 38, 39, 53, 134, 140, 141, 142, 350, 366
 Rovatti, Pier Aldo, 181, 266, 302, 350, 366
 Rowley, William, 282
 Rubatto, Mario, 232, 233
 Rudas, Nereide, 212
 Rufo, Fabrizio, 242, 366
 Ruggero C., sociologo, 258, 260
 Rulli, Stefano, 53, 339

 Sabia, Mara, 6, 169, 181, 366,
 Sala, Daniela, 47, 357
 Salera, Paola, 366
 Salustri, Marco, 353
 Salvante, Martina, 49, 339, 363, 366
 Salvo, Simone, 271, 366
 Sandell, Richard, 317, 366
 Sangiorgi, Leonardo, 311, 348
 Sanna, Giovanni, 204, 211, 212, 213, 214, 215, 216

- Santanera, Francesco, 53, 107, 356
 Santiano, Sergio, 291, 343, 366
 Sapouna, Lydia, 82, 349, 366
 Sara, utente dei Servizi, 147
 Saraceno, Benedetto, 26, 40, 366-367
 Sasso, Chiara, 47, 79, 367
 Sassolas, Marcel, 123, 367
 Savarin, Giordano, 103-104
 Scanu, Maria Paola, 214, 216, 354, 361, 365
 Scarfone, Marianna, 49, 339, 363, 366
 Scarpa, Sergio, 141
 Scavino, Luciana, 218
 Scavuzzo, Giuseppina, 7, 285, 291, 305, 308, 367
 Scheper-Hughes, Nancy, 241, 358
 Schiappadori, Isabella, 257
 Schittar, Lucio, 20, 136, 356, 367
 Sciarra, Maurizio, 40, 367
 Scotti, Francesco, 44, 45, 367
 Scull, Andrew T., 309, 367
 Sechi Lorenzo, 211, 212
 Selle, Milvia, 218
 Semino, Gian Paolo, 312, 343, 367
 Sennett, Richard, 323, 367
 Sermoneta, Alessandro, 40, 102, 345
 Serra, Gianni, 53, 367
 Setaro, Marica, 9, 37, 49, 53, 82, 169, 193, 195, 204, 242, 319, 321, 325, 339, 341, 343, 344, 345, 349, 351, 363, 365, 366, 367
 Siebert, Renate, 49, 365
 Signorelli, Assunta, 43, 46, 48, 49, 261, 262, 350, 365, 367,
 Simionescu, Dana, 330
 Siviero, infermiera, 218
 Slavich, Antonio, 53, 73, 97, 102-103, 367
 Solinas, Max, 215, 364
 Sorgoni, Barbara, 267, 367
 Sorrentino, Luciano, 47, 48
 Sossi, Federica, 266, 350
 Spatola, Adriano, 313, 351
 Spencer, Ian H., 369
 Spinoglio, Cristina, 367
 Spivak, Mark, 259, 345, 367
 Spurio, Lorenzo, 177, 178, 368
 Stanghellini, Giovanni, 121, 122, 345, 361, 368
 Stassi, Saverio, 174
 Stefanoni, Franco, 32, 368
 Stelliferi, Paola, 242, 355
 Stengers, Isabelle, 264, 368
 Stone, Philip R., 315, 368
 Storace, Elisa, 40, 356
 Straticò, Ettore, 258, 348, 361
 Szasz, Thomas, 111, 229
 Tabor, Davide, 5, 9, 26, 37, 49, 50, 52, 82, 319, 339, 349, 351, 359, 368
 Tafuri, Manfredo, 368
 Taiani, Rodolfo, 45, 351
 Tancredi, Domenico, 364
 Taramino, Tea, 313, 344
 Tarchetti, Alcesti, 266, 353
 Tarsi, Elena, 351
 Tarsia, Tiziana, 321, 344, 368
 Tasso, Torquato, 171
 Tatossian, Arthur, 125, 368
 Taverna, Salvatore, 342
 Tedesco, Clelia, 46, 368
 Tedesco, Luca, 165, 340
 Teodori, Maria Pia, 27, 31, 33, 35, 346, 360, 364, 365, 369
 Terranova, Ferdinando, 141
 Terzian, Hrayr, 6, 203, 204, 205, 208, 211, 212, 352, 368
 Tevaearai, Deodaa, 353
 Textor, Joannes Ravisius, 277
 Tietto, Selim A., 177
 Tobino, Mario, 38, 41, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 309, 340, 344, 368
 Tognoni, Gianni, 26, 366
 Tolomelli, Marica, 242, 368
 Tonella, Alessandra, 6, 159
 Topp, Leslie, 319, 368
 Toresini, Lorenzo, 102, 104, 105, 106, 368, 369
 Torgovnick, Marianna, 167, 368
 Torretta, Mario, 300, 301, 304, 305
 Torretta, Olga (ricoverata psichiatrica), 217, 226
 Tosco, Luciano, 47, 354
 Tranchina, Paolo, 24, 25, 27, 31, 33, 35, 248, 343, 346, 360, 364, 365, 368, 369
 Treves, Guido, 65
 Trevisan, Alessandra, 6, 169
 Triches, Massimo, 323, 328, 369
 Tuke, fratelli, 89
 Tucker, Penny, 340
 Turchetta, Gianni, 170, 369
 Turco, Marco, 40, 101, 102, 345
 Turri, Gian Paolo, 203, 205, 206, 209, 214, 215
 Twine, Richard, 166, 369
 Uccheddu, Giuseppe, 206, 210-213, 215

- Vacca, Luciana, 211, 212
Vacchelli, Elena, 326, 355
Vaccarino, Giacomo L., 7, 230
Valente, Francesca, 47, 48, 369
Valentini, Davide, 108, 346
Valeriano, Annacarla, 134, 135, 183, 242, 369
Valle, Nani, 7, 285-295, 359, 363, 367
Vallinoto, Mauro, 107
van den Heuvel, Hank, 321, 362
Vannucci, Torello, 337
Vanore, Margherita, 323, 328, 369
Varacalli Marta, 206, 369
Vasari, Bruno, 198
Vascon, Nino, 136, 369
Venturi, Venturino, 336
Venturini, Ernesto, 53, 102, 104, 105, 138, 241, 244, 248, 343, 361, 369
Verdoja, Gianfranco, 219
Vergari, Massimo, 215
Vezzoli, Vittore, 352
Vighi, Roberto, 99, 369
Vigneri, Malde, 207, 369
Vigorelli, Marta, 352
Vito, psichiatra, 258
Vittorio Emanuele III di Savoia, 301
Viviani, Giuseppe Franco, 184, 208, 352
Volmat, Robert, 313, 369
Volontè, Gian Maria, 97
Volpato, Chiara, 164
Volpatti, Lia, 218, 357
Waddington, Keir, 340
Weber, Carla, 163, 345
Webster, John, 282
Wegenberger, Oliver, 364
Winnicott, Donald, 222, 369
Whyte, Zachary, 267, 370
Wood, Victoria J., 321, 369
Wulff, Erich, 110, 369
Yaneva, Albena, 291, 358
Yildiz, Gözde, 7, 319, 321, 324, 344, 370
Younès, Chris, 370
Zardini, Maria Luisa, 41, 370
Zavoli, Sergio, 255, 370
Zecchin, Franco, 174
Zilboorg, Gregory, 111, 370
Zinco, Giovanna, 211, 212
Zingales, Ugo, 172

Le autrici e gli autori

Daniela Adorni insegna Storia e genere e Storia sociale dell'età contemporanea all'Università di Torino. Negli ultimi anni le sue ricerche si sono concentrate sui processi di deistituzionalizzazione in ambito psichiatrico e sulla storia dell'internamento femminile a partire dal secondo dopoguerra, temi in relazione ai quali è responsabile scientifica di progetti nazionali e locali. (responsabile scientifica dell'unità locale di Torino del Prin 2022 *Narrazione e cura. La deistituzionalizzazione della malattia mentale in Italia tra storia, immaginario, progettualità (dal 1961 a oggi)*, del progetto *Infanzie vulnerabili e istituzioni speciali. Un'indagine quali/quantitativa sulle istituzioni dell'internamento minorile a Torino e provincia tra anni Cinquanta e primi anni Ottanta*, del progetto di Public Engagement di Ateneo *Donne e manicomio. Un laboratorio didattico-creativo per raccontare l'internamento femminile e la deistituzionalizzazione* e di quello finanziato dalla Fondazione Cassa di risparmio di Torino su *Donne e manicomio, tra internamento e liberazione. (Torino, Grugliasco, Collegno, Savonera 1968-1999). Un web-doc sulle violenze di genere*. Tra le sue più recenti pubblicazioni, alcuni saggi scritti assieme a Davide Tabor: *Soggettività liberate e nuove pratiche di cura. Femminismi e deistituzionalizzazione nel caso di Torino (1968-2000)*, in «Genesis», 2 (2024); *Women and mental health in Italy: feminism, psychiatry and asylums in 1970s Turin*, in «Modern Italy», 2025 (published online); *Le 150 ore sulla salute delle donne. I corsi dell'Intercategoriale donne a Torino negli anni Settanta*, in «LLL-Lifelong Lifewide Learning», 46 (2025).

Giancarlo Albertini, insegnante di materie letterarie in pensione, è autore di testi scolastici per l'insegnamento dell'informatica. Si è occupato di educazione degli adulti e da qualche tempo di storia e storie sanitarie e manicomiali.

Francesca Bianchi, Ph.D., è professoressa ordinaria di Sociologia dei processi culturali e comunicativi al Dipartimento di scienze sociali, politiche e cognitive (Dispos) dell'Università di Siena. I suoi recenti interessi di ricerca si concentrano sulle pratiche collaborative e partecipative diffuse nella vita quotidiana con particolare riferimento ai processi di rigenerazione sociale urbana.

Stefano Candellieri, milanese di nascita, si è laureato a Torino nel 1989 in Medicina e Chirurgia con una tesi in tema di psicosomatica transculturalistica. Nel 1993 è entrato,

in qualità di medico assistente, nel Presidio ospedaliero Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese (To), occupandosi di patologie psichiatriche acute, specializzando a Torino in Psicologia clinica nel 1994. Diventato aiuto-primario nel 1996, si è occupato a lungo di riabilitazione psichiatrica e anche di pazienti psichiatrici autori di reato, fino a far parte, in qualità di dirigente medico, di una specifica unità operativa di psichiatria forense. Nel 2003 ha lasciato l'attività ospedaliera, fondando con lo psicologo Davide Favero il Centro medico psicologico torinese, all'interno del quale lavora prevalentemente come psicoterapeuta individuale. Autore di articoli su riviste specializzate, ha partecipato ai principali congressi psicoanalitici internazionali in veste di relatore. Assieme a Davide Favero ha pubblicato il volume *Hyde Park. Officina di psicoanalisi potenziale* (Moretti & Vitali, Bergamo 2019) e curato *Riconoscere l'altro. Teorie e clinica* (Moretti & Vitali, Bergamo 2021) e *Sensi migranti. Le identità del contemporaneo* (Moretti & Vitali, Bergamo 2023). Sempre con Favero, ha inoltre partecipato ai volumi collettanei S. Carpani (ed. by), *Individuation and Liberty in a Globalized World: Psychosocial Perspectives on Freedom after Freedom* e S. Carpani, M. Luci (ed. by), *Lockdown Therapy: Jungian Perspectives on How the Pandemic Changed Psychoanalysis* (Routledge, New York 2022 e 2023).

Mirko Capozzoli è documentarista e biografo. Ha condotto un'approfondita ricerca sulle vicende di Villa Azzurra di Grugliasco. Nel 2010 ha scritto e diretto *Fate la storia senza di me*, selezionato nell'ambito della LXVII Mostra internazionale d'arte cinematografica di Venezia.

Luca Ceraolo si è laureato in Filosofia e Antropologia a Torino, conseguendo poi il Master in Criminologia critica e sicurezza sociale dell'Università degli studi di Padova. Dopo diversi anni come volontario nelle strutture psichiatriche di una piccola cittadina della Romania ha lavorato come operatore sociale nel contesto dell'accoglienza presso l'ambulatorio Sa.Mi.Fo. (Salute Migranti Forzati) dell'Asl Roma 1, dove ha condotto una ricerca etnografica sul ruolo del sapere medico legale nella procedura amministrativa della richiesta di protezione internazionale. Attualmente è dottorando in Sociologia e metodologia della ricerca sociale con un progetto sul nodo salute-diritto nella prassi della detenzione amministrativa.

Xenia Chiaramonte è ricercatrice in Sociologia e Filosofia del diritto presso l'Università degli studi di Catania. È autrice di *Governare il conflitto. La criminalizzazione del movimento No Tav* (Meltemi, Milano 2019), con cui ha svolto una critica del diritto e della procedura penale per il tramite di un'etnografia dei processi a carico degli attivisti. I suoi interessi negli anni si sono allargati al campo dell'ecologia e hanno al centro il ripensamento del rapporto fra diritto e natura. Sta attualmente sviluppando una proposta di immaginazione giuridica che tiene conto del dibattito ecologista contemporaneo, dei nuovi e vecchi materialismi e della giustizia climatica. Ha recentemente curato, con Federica Buongiorno, *Istituire. Politica, filosofia, diritto* (Meltemi, Milano 2024).

Caterina Corbascio, laureata in Medicina e Chirurgia e dottore di ricerca in Neuroscienze, ha partecipato al *Progetto di superamento* dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco. Successivamente ha lavorato nei Servizi di Salute Mentale di Torino, dirigendo infine il Dipartimento di salute mentale di Asti-Alessandria.

Annibale Crosignani è psichiatra e nel 1968 ha iniziato a lavorare nel manicomio femminile di Torino, dove è stato protagonista delle lotte anti-istituzionali che prima hanno portato alla formazione della comunità terapeutica, poi alla chiusura dell'istituto. Ha poi operato nell'ospedale psichiatrico di Collegno, contribuendo ad aprire l'ambulatorio territoriale, e ha diretto per alcuni anni il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Rivoli. Dal 1987 è stato primario responsabile del Dipartimento di salute mentale dell'ospedale Molinette di Torino e ha contribuito all'estensione della legge regionale n. 61 del 1989. A riconoscimento del suo impegno, nel 2023 la Città di Torino gli ha conferito il Sigillo civico.

Ernesto De Cristofaro è professore associato di Storia del diritto medievale e moderno presso il Dipartimento di Giurisprudenza di Catania, dove insegna anche Storia delle istituzioni totali e Storia della criminalità in Italia. Nei lavori che ha scritto o curato si è occupato di crimini contro l'umanità, razzismo e scienza giuridica, positivismo criminologico, mafia, istituzioni totali.

Maria Luisa Di Felice, professore associato di Storia contemporanea presso il Dipartimento di Lettere, lingue e beni culturali dell'Università di Cagliari, ha pubblicato numerosi saggi e opere monografiche di storia politica, sociale ed economica. Nel corso delle ricerche di storia della Sardegna contemporanea ha analizzato e restituito le vicende dell'Ospedale psichiatrico Rizzeddu di Sassari e, di recente, del nosocomio Villa Clara di Cagliari. I risultati degli studi sono confluiti nella monografia *L'olocausto della follia e la memoria liberata. L'ospedale psichiatrico di Sassari: storia e testimonianze (1904-1998)* (Rubettino, Soveria Mannelli 2008), nell'inventario dell'archivio dei sacchetti dei ricoverati presso il manicomio Rizzeddu di Sassari e nel saggio *Sassari. Ospedali psichiatrici "Rizzeddu" e "Monserrato"*, ospitato dal *Primo rapporto sugli archivi degli ex Ospedali psichiatrici*, curato dal Gruppo di coordinamento del *Progetto nazionale "Carte da Legare"* (Gaia, Milano 2010).

Giampaolo Di Piazza è psichiatra psicoterapeuta ed è direttore dell'Unità operativa complessa psichiatria della Provincia di Arezzo, Azienda Usl Toscana sud-est. Di formazione junghiana e fenomenologica, è tra i fondatori della Società italiana per la psicopatologia fenomenologica e della Scuola di psicoterapia fenomenologico-dinamica di Firenze. Oltre cinquanta le sue pubblicazioni di psicopatologia fenomenologica.

Martina Di Prisco è architetto e dottore di ricerca in Architettura. Si è laureata nel 2017 con un progetto per un centro dedicato ai malati di Alzheimer e si è specializzata nella libera professione, con particolare attenzione all'interior design, alla grafica e agli allestimenti museali. La sua ricerca di dottorato, conclusa nel 2023, approfondisce il tema degli spazi espositivi dedicati alla narrazione della salute mentale all'interno delle architetture per la cura. Attualmente è assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Trieste nell'ambito del progetto europeo *BesensHome*, dedicato alla progettazione inclusiva per persone con neurodivergenze.

Giovanni Vito Distefano è *research fellow* presso I Tatti – *The Harvard University Center for Italian Renaissance Studies* con il progetto *La follia nell'Italia della contro-riforma. Indagine letteraria alle origini dell'immaginario asilare*. Ha partecipato, come assegnista di ricerca presso l'Università di Cagliari, al Prin *Narrazione e cura. La deistituzionalizzazione del sistema manicomiale in Italia: storia, immaginario, progettualità (dal 1961 a oggi)*. Tra le sue pubblicazioni recenti, la monografia *Alle origini letterarie del manicomio. L'Ospedale de' pazzi incurabili di Tomaso Garzoni* (Longo, Ravenna 2025) e il lavoro per G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani* (ETS, Pisa 2025).

Giovanni Durbiano è architetto, dottore di ricerca in Storia dell'architettura e professore ordinario di Composizione architettonica presso il Politecnico di Torino. I suoi interessi di ricerca si rivolgono alla teoria del progetto e all'innovazione di processo nella progettazione architettonica. Come architetto ha maturato diverse esperienze professionali nell'ambito della progettazione di edilizia universitaria.

Francesca Favaro si è laureata in Architettura presso il Politecnico di Torino e presso lo stesso ateneo ha conseguito il dottorato di ricerca in *Architettura. Storia e progetto*. I suoi interessi di ricerca sono relativi alla storia dell'architettura e all'evoluzione della professione di architetto. Come ricercatrice indipendente, collabora con il Politecnico di Torino e con fondazioni e soggetti privati.

Davide Favero si è laureato con lode nel 1994 in Psicologia clinica e di comunità, specializzandosi nel 1998 in Psicoterapia di gruppo nel 1998. Già dirigente psicologo presso il Presidio ospedaliero "Fatebenefratelli" di San Maurizio Canavese (To) e docente di Psicodinamica della vita organizzativa presso la Facoltà di Psicologia dell'Università degli studi di Torino, ha scritto articoli su riviste di settore e partecipato come speaker ai principali convegni internazionali di area psicoanalitica. Dal 2010 è analista junghiano, dal 2015 con funzioni di docenza, training e di supervisione. È membro del Centro Italiano di Psicologia Analitica (Cipa) e dell'International Association for Analytical Psychology (Iaap), e ricercatore per l'Associazione per la Ricerca in Psicologia Analitica.

(Arpa). È condirettore del Centro medico psicologico torinese, dove lavora come analista. Assieme a Stefano Candellieri ha pubblicato il volume *Hyde Park. Officina di psicoanalisi potenziale* (Moretti & Vitali, Bergamo 2019) e curato *Riconoscere l'altro. Teorie e clinica* (Moretti & Vitali, Bergamo 2021) e *Sensi migranti. Le identità del contemporaneo* (Moretti & Vitali, Bergamo 2023). Sempre con Candellieri, ha inoltre partecipato ai volumi collettanei S. Carpani (ed. by), *Individuation and Liberty in a Globalized World: Psychosocial Perspectives on Freedom after Freedom* e S. Carpani, M. Luci (ed. by), *Lockdown Therapy: Jungian Perspectives on How the Pandemic Changed Psychoanalysis* (Routledge, New York 2022 e 2023).

Maurizio Ferrara è professore di Psichiatria sociale all'Università di Firenze e responsabile del Centro di salute mentale Quartiere 3 di Firenze, modello di collaborazione fondamentale per la formazione di medici e specializzandi attraverso un'esperienza di psichiatria territoriale coerente con le linee della legge 180. È stato promotore di uno dei primi Centri crisi alternativi all'ospedalizzazione di tutta Italia.

Fabrizio Gambini è psichiatra e psicoanalista: vive e lavora a Torino, dove ha diretto fino al 2016 il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale Mauriziano Umberto I. è membro dell'Associazione lacaniana internazionale e autore di numerosi saggi e articoli.

Eliana Martinelli, architetta e ricercatrice a tempo determinato di tipo B in composizione architettonica e urbana presso l'Università degli studi di Perugia, ha conseguito *cum laude* il dottorato di ricerca in Composizione architettonica presso l'Istituto universitario di architettura di Venezia. Si occupa di progetto architettonico e urbano nel mondo euro-mediterraneo, con particolare attenzione al contesto islamico e alle strategie di rigenerazione del patrimonio.

Rosa Marzano si è laureata nel 2023 in Filologia e letteratura italiana presso l'Università Ca' Foscari di Venezia con una tesi di storia orale su Anna Maria Bruzzone. Lavora come insegnante di sostegno nella scuola primaria e porta avanti un'attività di ricerca nell'ambito della storia sociale.

Germana Massucco è nata nel 1943 ed ha iniziato a lavorare in manicomio, all'ospedale psichiatrico di Collegno come assistente sociale, nel 1968. Ha fatto parte dell'équipe del reparto 12, dove si stava sperimentando la comunità terapeutica. Nel 1972 ha partecipato alla realizzazione del Servizio di salute mentale di Settimo Torinese, nel 1976 all'apertura della comunità residenziale di nove donne dimesse dal manicomio e nel 1979 all'attivazione della Comunità per crisi di via Virgilio. Ha fatto parte del gruppo di ricerca per la pubblicazione di E. Pascal, *Follia e ricerca. Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione* (Rosenberg & Sellier, Torino 1991) e di E. Pascal (a cura di), *La*

famiglia invisibile: l'esperienza vissuta dalla famiglia quando la follia irrompe e trasforma il suo mondo (Pubbligraf, Torino 1995).

Massimiliano Minelli è professore associato presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università degli studi di Perugia dove insegna Antropologia medica ed etnopsichiatria e Metodologia della ricerca etnografica. È membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (Siam) e del Comitato di redazione di «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica». I suoi principali interessi riguardano il rapporto fra dinamiche culturali, forme di disturbo psichico e azioni comunitarie nel campo della salute mentale. Si occupa inoltre di reti sociali, risorse comunitarie e capitale sociale nelle politiche pubbliche di salute. Su questi temi svolge attività di ricerca da alcuni anni in Italia e in Brasile.

Cecilia Molesini è assegnista di ricerca presso il Dipartimento delle arti dell'Università di Bologna. In precedenza è stata assegnista all'Università "Ca' Foscari" di Venezia, dove ha lavorato al progetto *Feltre città dei matti. Per un archivio orale del manicomio di Feltre*. È stata borsista della Fondazione Einaudi di Torino e del Deutscher Akademischer Austauschdienst (Daad) presso la Freie Universität di Berlino. Ha ottenuto il dottorato in studi storici nel 2021 presso le Università di Padova, Verona e Venezia. Fra le sue pubblicazioni, la monografia *Frammenti di Heimat. Storia emotiva dei tedeschi espulsi dopo la Seconda guerra mondiale* (Viella, Roma 2024).

Luca Negrognio ha studiato Sociologia presso l'Università di Urbino Carlo Bo, dove ha poi conseguito un dottorato di ricerca con una tesi sulla partecipazione di utenti e familiari nei Servizi di salute mentale. Per dieci anni ha collaborato con l'associazione "Insieme a Noi" di Modena, attiva nelle tematiche della salute mentale, e con il Dipartimento di salute mentale della stessa città, contribuendo alla realizzazione delle prime edizioni della Settimana della salute mentale. Autore di vari articoli scientifici nel campo della coproduzione di servizi e della salute mentale di comunità, collabora con varie riviste ed enti di formazione. Attualmente lavora presso l'Istituzione Gian Franco Minguzzi di Bologna, occupandosi di formazione e ricerca nel campo delle politiche sociali e delle politiche di salute mentale.

Federica Nota è dottoranda in Scienze della salute (Sociologia, Scienze infermieristiche, Scienze della riabilitazione) presso l'Università degli Studi di Torino. I suoi studi, che si collocano all'interno della Sociologia della salute e della medicina, approfondiscono nello specifico i temi della salute mentale e della disabilità.

Giulia Nistri è dottoressa di ricerca in Scienze umane presso il Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione dell'Università degli studi di Perugia. I suoi interessi di ricerca sono rivolti ai temi connessi alla salute e alle relazioni di cura

nell'ambito dei servizi di assistenza sanitaria, accoglienza e prossimità. Si è occupata di migrazioni, di usi di sostanze e riduzione del danno, con una particolare attenzione alle condizioni di accesso ai servizi di salute e attraversamento degli spazi urbani. Ha esperienza di collaborazione con differenti gruppi di attori sociali – associazioni di auto-mutuo aiuto, volontari, personale sanitario, funzionari pubblici, equipe di operatrici e operatori sociali – con cui ha partecipato a progetti orientati in un'ottica critica e trasformativa delle pratiche e delle politiche di salute. Ha esperienza di ricerca in Italia e in Brasile.

Filippo Maria Paladini, laureato in Storia delle istituzioni politiche e sociali in età moderna all'Università "Ca' Foscari" di Venezia, ha acquisito il dottorato di ricerca in Storia moderna presso quella di Torino, dove dal 2005 lavora come ricercatore a tempo indeterminato. È membro delle redazioni di «Venetica. Rivista degli Istituti per la storia della Resistenza e della società contemporanea del Veneto» e di «Ateneo Veneto». Dal 2005 in poi ha tenuto diversi insegnamenti di Storia moderna e di Storia dello Stato moderno della Facoltà di Scienze politiche e del Dipartimento succedutole (sedi di Torino, Cuneo e Ivrea; Interfacoltà in Scienze strategiche della Scuola d'applicazione dell'Esercito italiano; Polo universitario penitenziario di Torino). Oltre a laboratori di storia della storiografia, ha assunto anche l'insegnamento di Storia della marginalità e dell'assistenza (oggi Storia dell'assistenza e delle politiche sociali) per il Corso di studi magistrale in Politiche e servizi sociali del Dipartimento di Culture, politica, società: ai fini del lavoro didattico ha concentrato parte della sua ricerca ai processi di deistituzionalizzazione psichiatrica, dell'infanzia e degli anziani. A questi temi attiene per esempio il lavoro per il fascicolo monografico di «Venetica», 64 (1/2023), su *Infanzie vulnerabili, istituzioni speciali (XIX-XX secolo)*, curato con Elisabetta Benetti e Cristina Munno. Ha collaborato al Prin 2022 *Narrazione e cura. La deistituzionalizzazione del sistema manicomiale in Italia: storia, immaginario, progettualità (dal 1961 a oggi)* ed è stato responsabile dell'unità locale torinese di quello intitolato *Health Bordering: Managing Mobility during Pandemics*.

Manoela Patti insegna Storia contemporanea presso il Dipartimento di Scienze politiche e delle relazioni internazionali dell'Università di Palermo. Tra i suoi interessi di ricerca ci sono la storia della mafia, la storia della seconda guerra mondiale, la storia dell'emigrazione, la storia delle istituzioni psichiatriche, del rinnovamento psichiatrico e della "questione psichiatrica" nell'Italia repubblicana, in particolare, dei movimenti anti-istituzionali e della deistituzionalizzazione psichiatrica prima e dopo la legge n. 180. Ha pubblicato saggi e monografie. Tra queste: *La Sicilia e gli Alleati, tra occupazione e Liberazione* (Donzelli, Roma 2013); *La mafia alla sbarra. I processi fascisti a Palermo* (Istituto Poligrafico Europeo, Palermo 2014). Fa parte del comitato scientifico dell'Istituto Gramsci Siciliano di Palermo, ed è componente della redazione della rivista «Meridiana».

Mara Sabia ha ottenuto il dottorato di ricerca in Italianistica presso Sapienza Università di Roma. La sua indagine sull'internamento e il disagio mentale nella letteratura novecentesca ha condotto alla monografia *La rappresentazione manicomiale nella cultura letteraria del Novecento italiano* (LietoColle, Como 2017). G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor, *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani* (ETS, Pisa 2025) ospita il suo recente saggio *Alda Merini e La Terra Santa del manicomio: geografia dell'inaccessibilità e traslazione poetica*.

Giuseppina Scavuzzo, architetta e PhD, è professoressa associata in Composizione architettonica all'Università di Trieste, dove è coordinatrice del Corso di laurea in Architettura. Sulla relazione tra architettura e psichiatria nell'ambito della deistituzionalizzazione in Italia tra anni '60-'70 e nel tempo presente ha pubblicato le due monografie *Il Parco della guarigione infinita* e *Senshome. Architettura e sensibilità atipiche* (Lettera-Ventidue, Siracusa 2020 e 2023).

Davide Tabor è dottore di ricerca in Storia contemporanea e si occupa di storia sociale dell'Ottocento e del Novecento, di storia della psichiatria, di storia orale e di memoria visuale, di storia urbana. Nel 2014 ha vinto il premio Anci Storia-Sissco. È stato direttore di «Contesti. Rivista di microstoria» ed è vice-presidente dell'Associazione italiana di storia orale. Recenti frutti della sua ricerca sull'applicazione della riforma psichiatrica italiana e sulle memorie della deistituzionalizzazione sono, tra gli altri, il saggio S. Magagnoli, D. Tabor, *La lunga deistituzionalizzazione. La riforma psichiatrica italiana e la sua applicazione* (apparso nel 2025 nel fascicolo 112 di «Meridiana») e i lavori per i volumi G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani* (ETS, Pisa 2025), D. Adorni, D. Tabor (a cura di), *Memorie che curano/Memorie da curare. Patrimoni culturali della storia della deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino* (FrancoAngeli, Milano 2024).

Alessandra Tonella si è laureata presso l'Università di Siena con una tesi dal titolo *Trauma, apocalisse e altre quotidianità. Il romanzo e l'iper-realtà mediatica* ed è dottoranda presso l'Università di Cagliari con un progetto sulla scrittura manicomiale dello scrittore e psichiatra Mario Tobino. I suoi interessi si estendono al campo di ricerca interdisciplinare dei Trauma e Gender Studies: sul primo tema ha pubblicato nel 2022, su «Comparatismi», il saggio *Fratture dell'io. Trauma, incomunicabilità e malattia neurodegenerativa in Saturday e Falling Man*. Ha recentemente contribuito al volume G.V. Distefano, M. Setaro, D. Tabor (a cura di), *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani* (ETS, Pisa 2025).

Alessandra Trevisan è PhD in Italianistica all'Università Ca' Foscari di Venezia. La sua ricerca si concentra su autrici del Novecento con una prospettiva critica, d'archivio

e filologica. Ha pubblicato le monografie *Milena Milani. Un invito alla lettura* (Digressioni, Udine 2024) e «*Nel mio baule mentale*»: per una ricerca sugli inediti di Goliarda Sapienza (Aracne, Roma 2020). Dal 2017 è membro della redazione di «Archivio d'Annunzio», ora responsabile di redazione.

Giacomo L. Vaccarino si è laureato con una tesi in Storia della filosofia ed è stato docente di materie letterarie nelle scuole superiori e cultore della materia di Storia contemporanea presso l'Università del Piemonte orientale, collaboratore alla cattedra di Storia del Risorgimento presso l'Università di Torino (docente prof. Umberto Levra) per la didattica e alcuni progetti di ricerca (tra cui il Catasto della beneficenza), vicepresidente del Centro italiano di storia sanitaria e ospedaliera (Ciso) del Piemonte e socio ordinario del Comitato di Torino dell'Istituto per la Storia del Risorgimento italiano. Ha svolto e pubblicato ricerche nell'ambito della storia sociale dell'Ottocento e del Novecento, occupandosi in particolare di assistenza pubblica e beneficenza, di malattia mentale e della sua rappresentazione nella letteratura e nell'arte. Ha pubblicato *La follia rappresentata. Matti, degenerati e idioti nella letteratura e nell'arte figurativa italiane* (Atheneum, Firenze 2001); *Scrivere la follia. Matti, depressi e manicomio nella letteratura del Novecento* (Ega, Torino 2007); *Breve storia della follia con appendice antologica* (Baima-Ronchetti, Castellamonte 2019); *La coscienza infelice. Percezione e immagini della malattia mentale dal mito alle neuroscienze* (Baima-Ronchetti, Castellamonte 2021). Relatore in tanti convegni scientifici, ha scritto e pubblicato molti saggi su riviste specialistiche e volumi collettanei: in R. Roccia (a cura di), *Esplorando la storia. Studi per Umberto Levra* (Carocci, Roma 2022), ha pubblicato il saggio *Una fonte unitaria e dinamica per il censimento del "patrimonio dei poveri"*.

Gozde Yildiz è architetta con un dottorato in Beni architettonici e paesaggistici ottenuto presso il Politecnico di Torino. Attualmente è assegnista di ricerca in geografia presso l'Università di Siena, Dipartimento di Scienze sociali, politiche e cognitive (Dispc). I suoi attuali interessi di ricerca includono il coinvolgimento della comunità, approcci partecipativi e *citizen science* per una rigenerazione urbana integrata che affronti aspetti sociali, culturali, ambientali e urbani.

Edizioni ETS
Palazzo Roncioni – Lungarno Mediceo 16, I-56127 Pisa
info@edizioniets.com – www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di febbraio 2026