



CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE POLITICHE

XXIX CICLO

Le “pericolose”. Detenute e internate negli archivi del Santa Maria della Pietà (1900-1915). Una ricerca socio-antropologica

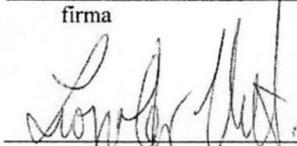
Dottorando: Maria Bambina Crognale

  
firma

Docente guida/Tutor: Prof.ssa Michela Fusaschi

  
firma

Coordinatore: Prof. Leopoldo Nuti

  
firma

## **Indice**

Introduzione

### **1. Breve storia del Santa Maria della Pietà**

- 1.1. Il Santa Maria della Pietà e la storia della follia
- 1.2. Nascita, sviluppo e crisi dell'Ospedale Santa Maria della Pietà nel cinquecento
- 1.3. Il seicento e le Regole Barberiniane
- 1.4. Il settecento e il trasferimento in via della Lungara
- 1.5. L'ottocento e la restaurazione pontificia
- 1.6. Il Santa Maria della Pietà e i primi anni dello Statuto unitario

### **2. Tra delinquenza e follia: la produzione sociale della malattia**

- 2.1. La follia, una malattia organica
- 2.2. La pazzia morale
- 2.3. Tra scienza e diritto: la pericolosità sociale
- 2.4. Folle e delinquente, delinquente e folle
- 2.5. I volti della follia
- 2.6. Verso la legge Giolitti

### **3. Le pericolose, detenute e internate. Ree, degenerate, pazze**

- 3.1. La follia al femminile
- 3.2. La cartella clinica
- 3.3. Le pericolose, degenerate e pazze
- 3.4. Le detenute nel manicomio romano
- 3.5. Lo spazio delle pericolose

### **4. Storie di vita manicomiale**

- 4.1. Dentro il manicomio
- 4.2. Teresa P.
- 4.3. Pasqua P.
- 4.4. Giulia M.
- 4.5. Esterina M.
- 4.6. Luigia V.

### **5. Conclusioni. Resistenze e sofferenze**

## Introduzione

Questa ricerca nasce sfogliando le “*carte della follia*”<sup>1</sup>, conservate presso l’archivio storico del manicomio Santa Maria della Pietà di Roma e analizza l’esperienza della follia intesa “*come mezzo con cui gli uomini, nel gesto di sovrana ragione che chiude il prossimo in manicomio, comunicano e si riconoscono attraverso il linguaggio spietato della non-follia*”<sup>2</sup>.

La ricerca si concentra sull’esperienza di internamento di 18 donne, condannate dalla giustizia, e rinchiusi nel manicomio romano, tra il 1900 e il 1915, per pericolosità sociale<sup>3</sup>. Cerca attraverso le parole usate dai medici, nella compilazione dei diari e dei registri nosografici, attraverso i documenti amministrativi prodotti dalle istituzioni carcerarie e mediche, attraverso la corrispondenza che le ricoverate hanno intrattenuto con i propri familiari, di far emergere delle soggettività, delle personalità attive che hanno vissuto la malattia mentale

---

<sup>1</sup> Si usa l’espressione “Carte della follia” facendo riferimento al progetto “Carte da legare”, un progetto della Direzione generale archivi del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo nato per recuperare, tutelare e ordinare il patrimonio archivistico delle istituzioni manicomiali. Il progetto è partito nel 1999 e ha visto come archivi-pilota i complessi archivistici degli ospedali Santa Maria della Pietà di Roma e Leonardo Bianchi di Napoli.

<sup>2</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, M. Galzigna ( a cura di), Bur, Milano 2011, p.41.

<sup>3</sup> Si fa riferimento all’art. 1 della Legge Giolitti «Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati» (pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904).

L’articolo recita “Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere. Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento. Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all’autorità di pubblica sicurezza”.

come un momento di rottura<sup>4</sup> con il proprio contesto culturale. La traduzione dei documenti presenti nei fascicoli personali, delle lettere scritte a mano, delle note e delle analisi riportate nelle cartelle cliniche, permette di osservare come le detenute rinchiuso presso il Santa Maria della Pietà hanno subito, nell'esperienza dell'internamento, un processo di riduzione del sé<sup>5</sup> e una successiva oggettivazione<sup>6</sup>, tale da renderle, agli occhi dei medici, semplici oggetti di conoscenza, corpi inermi da neutralizzare, osservare e analizzare, in virtù di un ordine discorsivo<sup>7</sup> che proponeva stereotipi e modelli tesi a limitare l'esercizio della libertà. La donna, nella cultura di inizio XX secolo, era rappresentata attraverso stereotipi culturali, tra cui quello della vittima docile e subalterna<sup>8</sup> e quello della delinquente, con tratti maschilini, aggressiva e spregiudicata<sup>9</sup>. Ambedue i modelli la sottoponevano a una forma di dominazione e controllo, nel primo caso dell'uomo, padre e marito, perché incapace di provvedere a sé stessa<sup>10</sup>, nel secondo caso delle istituzioni, perché pericolosa e fuori legge<sup>11</sup>. Attraverso l'utilizzo di queste categorie interpretative si è persa la possibilità di comprendere la donna sulla base di quella complessità<sup>12</sup> che nasce dal bisogno di “*non dover sganciare il corpo femminile dalla sua forma*

---

<sup>4</sup> M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, in A. Del Lago (a cura di), *Archivio Foucault 1971-1977*, Feltrinelli, Milano 1994, p.250.

<sup>5</sup> E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010, pp.43-101. Per riduzione del sé si intende quel processo subito dagli internati quando entrano in un'istituzione totale, come il manicomio, che progressivamente umilia, degrada, mortifica la percezione che hanno di sé, producendo dei cambiamenti radicali nella carriera morale.

<sup>6</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini & Castoldi, Torino 2014, pp.122-125. Si fa riferimento con l'espressione “oggettivazione” a quel processo che riguarda il rapporto tra il medico, delegato dalla società alla cura, e il malato, espulso dalla società. Il malato non è considerato nella relazione come una persona, ma con un oggetto di scienza, privo di qualsiasi valore umano, su cui il terapeuta può esercitare la propria soggettività.

<sup>7</sup> M. Foucault, *L'ordine del discorso e altri interventi*, Einaudi, Torino 1974, pp.4-5. Per Foucault i discorsi, come le altre sfere della vita, sono sottoposti a controlli, limitazioni, rarefazioni “quelle che ne limitano i poteri; quelle che ne padroneggiano le apparizioni aleatorie; quelle che operano una selezione tra i soggetti parlanti”. Queste limitazioni vengono agite in vari contesti, come i manicomi, la famiglia, le fabbriche, le università, per evitare che venga violato/alterato un certo ordine del discorso su cui l'istituzione vigila.

<sup>8</sup> J. Michelet, *La donna*, Liguori, Napoli 1977, p.71.

<sup>9</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino 1903, p. 178.

<sup>10</sup> J.Michelet, *op.cit.*, pp.105-117.

<sup>11</sup> C.Lombroso, Ferrero G., *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, con prefazione di M. Gibson M. e N. Hahn Rafter, Et Al, Varese 2010, pp.33-35.

<sup>12</sup> Sulla necessità di leggere la presenza della donna nella società a partire dalla complessità che essa implica, particolarmente in relazione all'esigibilità dei diritti, si legga S. Andrini, *Differenza e indifferenza*, in «Democrazia a Diritto», n. 5-6, 1991.

di vita”<sup>13</sup>, dalla singolarità della sua esperienza, che non può essere ridotta a oggetto del discorso pubblico. “*Le donne non sono e non possono essere un mero “oggetto” della conoscenza e del discorso pubblico perché la loro esperienza racconta un’altra storia della società. Una storia in cui il processo di soggettivazione femminile si dà nello stesso momento in cui si mette radicalmente in discussione il processo di oggettivazione dello stesso corpo femminile e dei saperi astratti*”<sup>14</sup>.

In virtù di queste considerazioni, attraverso la lettura attenta dei documenti, si analizzeranno quegli ordini discorsivi che hanno costruito e prodotto un’immagine del corpo femminile malato e remissivo, oppure esuberante e da domare, a seconda delle esigenze giuridiche, sociali, culturali. Come sosteneva Foucault ogni discorso costruito all’interno del potere crea delle rigide ripartizioni e classificazioni che generano procedure di esclusione e esclusi, funzionali, però, alle logiche prodotte di sapere-potere<sup>15</sup>. Le donne erano escluse in virtù di quei discorsi che stabilivano la subordinazione all’uomo e l’incapacità a partecipare alla sfera pubblica<sup>16</sup>. Tre sono i sistemi di esclusione, seguendo Foucault, che hanno determinato la produzione di tali discorsi, già controllati dall’esterno, e che hanno condotto molte donne ad essere inserite nella schiera degli “*anormali*”<sup>17</sup>: la parola interdetta, la follia e la volontà di verità<sup>18</sup>. Attraverso questi sistemi, il linguaggio e il discorso pubblico hanno contribuito alla creazione nelle discipline, anche quelle psichiatriche, di specialismi, non

---

<sup>13</sup> A. Simone, *Introduzione. Un quadro d’insieme. Che cos’è il sessismo democratico?*, in A. Simone ( a cura di), *Sessismo democratico. L’uso strumentale delle donne nel neoliberalismo*, Mimesis, Milano, 2012, p.10.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> M. Foucault, *L’ordine del discorso*, cit., p.4.

<sup>16</sup> J. Michelet, *op.cit.*, p.146. Michelet pur riuscendo a vedere la presenza delle donne nella storia e nella società, riteneva che il loro contributo fosse di natura diversa da quello apportato dagli uomini e che pertanto la loro educazione e la loro formazione dovesse essere diversificata. “L’educazione doveva essere diversa per il ragazzo e la ragazza, perché diverse erano le loro vocazioni e tendenze naturali” . Mentre l’uomo doveva vivere la storia come lotta, apprendere l’arte giuridica e vivere la sfera pubblica, la donna doveva vivere la natura, rappresentazione di sé stessa, del suo biologico, delle sue qualità di madre.

<sup>17</sup> M. Foucault , *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2000. Per Foucault le tre figure principali dell’anormalità sono il mostro umano, antica nozione il cui quadro di riferimento erano le leggi della natura e le norme della società; l’individuo da correggere, di cui si facevano carico i dispositivi di disciplinamento del corpo; l’onanista, che era oggetto, già dal XVIII secolo, di una campagna indirizzata al controllo della famiglia. Per Foucault l’individuo anormale derivava dalla degenerazione naturale e giuridica del mostro, dalla moltitudine degli incorreggibili e dal segreto delle sessualità infantili.

<sup>18</sup> M. Foucault, *L’ordine del discorso*, cit., pp. 10-11.

accessibili a tutti<sup>19</sup>, e di definizioni scientifiche che etichettavano e eliminavano dalla sfera sociale le donne non ritenute normali<sup>20</sup>.

Eppure queste parole, questi linguaggi, permettono di dire la verità sul potere e sulle modalità di costruzione dei saperi e delle soggettività<sup>21</sup>. Le parole di medici e infermieri, di custodi e poliziotti, di parenti e amici forniscono dettagli e particolarità su tante storie di vita e la loro analisi può essere una metodologia di ricerca. La densità e la singolarità delle esperienze raccontate nelle descrizioni degli esperti e dei familiari, infatti, mostrano la relazione permanente che esiste tra il sé e il mondo in cui vive, tra il sé e gli altri. Le storie delle detenute internate al Santa Maria della Pietà sono, quindi, uno strumento di verità che introduce nuove tematiche e un nuove riflessioni sul complesso tema della follia. Le internate, condannate e ritenute pericolose, sono donne che hanno resistito all'ordine costituito<sup>22</sup>, mostrando come la malattia mentale possa essere considerata un “*idioma socialmente legittimato*”<sup>23</sup> per esprimere il proprio disagio. Ed è da questo disagio che nasce la “resistenza”, intesa come la capacità di percepirsi un soggetto continuamente esposto al disordine<sup>24</sup>. In questo senso le donne detenute e internate, appaiono donne capaci di resistere, di riappropriarsi del proprio corpo e di viverlo come un corpo cosciente, consapevole, che attivamente si relaziona al mondo sociale.<sup>25</sup> Le detenute internate non sono solo vittime e spettatrici passive di un controllo, che avviene con meccanismi a loro estranei, ma sono anche soggetti attivi che elaborano modalità di pensiero e di gestione del corpo, sul quale inscrivono la propria storia individuale e sociale. Se guardiamo

---

<sup>19</sup> *Ibidem*.

<sup>20</sup> Cesare Lombroso costruì un campione di controllo di donne ritenute rispettabili, per verificare le differenze fisiche con quelle delinquenti e fornire delle misure delle parti del corpo in grado di segnalare e individuare le donne normali e quelle anormali. Nel corso dei suoi studi realizzò anche dei test di sensibilità, mirati a dimostrare la minore sensibilità della donna rispetto a quella dell'uomo (i dati raccolti furono utilizzati per la stesura di C. Lombroso, G. Ferrero, *op.cit.*). Si legga a riguardo R. Guerrieri, *Sensibilità e anomalie fisiche e psichiche nella donna normale e nella prostituta*, in G. Greco (a cura di), *Lo scienziato e la prostituta: due secoli di studi sulla prostituzione*, Edizioni Dedalo, Bari 1987, p.135-148.

<sup>21</sup> Si fa riferimento alla “*parresia*”, ovvero il dire la verità, il parlar franco o capacità di dire la verità (come la definisce Foucault) intesa come metodologia di ricerca sociale praticata dagli antichi. Si legga a riguardo M. Foucault, *Discorso e verità nella Grecia antica*, Donzelli, Roma 1996.

<sup>22</sup> I. Quaranta, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. XIX.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> P. Quattrocchi, *I mille volti della sobada*, in « *Annuario di Antropologia n.12* », Ledizioni, Milano 2010, p.95.

<sup>25</sup> I. Quaranta, *op.cit.*, p. XIX.

alla relazione tra corpo individuale, sociale, e politico<sup>26</sup> e al ruolo delle forze sociali e politiche nella costruzione dei processi corporei<sup>27</sup>, possiamo osservare che i corpi delle internate sono corpi “*in mobilità*”<sup>28</sup>. Sono corpi di donne che lavorano, che non hanno figli, che hanno compagni di vita non legati dal vincolo matrimoniale, che viaggiano, sono corpi di donne che hanno una vita interiore in movimento e che non rispettano i ruoli sociali imposti. I mali del corpo sono in realtà mali dello spirito, disagi psichici che esprimono il sentirsi fuori posto sul piano sociale e morale<sup>29</sup>. Le donne internate, quindi, incorporavano la sofferenza sociale, provocata ad esempio da aspettative deluse e da eventi straordinari, a volte traumatici, che investivano la comunità o la famiglia (lutti, crisi economiche, povertà, vedovanza, carcerazione dei familiari, mancato matrimonio) e non avendo altra possibilità, la esprimevano attraverso una sintomatologia del disordine corporeo, che si manifestava con comportamenti in contrasto con gli imperativi morali. E sul disordine corporeo la società e le sue istituzioni intervenivano per ricondurre ordine e equilibrio. Sul corpo delle detenute internate intervenivano da una parte i medici per domare le esuberanze e i comportamenti illeciti<sup>30</sup>, dall'altra parte, le detenute stesse, attraverso le condotte degenerate non casuali<sup>31</sup>, per affermare la propria autonomia. Con i comportamenti valutati deliranti e aggressivi le internate rivendicavano la possibilità di gestire

---

<sup>26</sup> Cfr anche M. Fusachi, *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*, CISU, Roma, 2013, pp.36-50 in particolare le riflessioni generali sull'antropologia del corpo e quelle in relazione alla costruzione del genere femminile.

<sup>27</sup> Si legga a riguardo M. Taussig, *Reification and the Consciousness of the Patient*, in « Social Science and Medicine», 1980, vol. 14b, pp.3-13; A. Zempléni, *Fra sickness e illness: dalla socializzazione all'individuazione della malattia*, in R. Beneduce (a cura di), *Mente, persona e cultura. Materiali di etnopsicologia*, L'Harmattan Italia, Torino 1999, pp.57-82; G. Pizza, *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci Editore, Roma 2005.

<sup>28</sup> P. Quattrocchi, *op.cit.*, p. 95. Si intende per “mobilità del corpo femminile” la rappresentazione metaforica dei processi emozionali. Si legga a riguardo il saggio di M. Pandolfi, *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio Campano*, FrancoAngeli, Milano 1991.

<sup>29</sup> G. Charuty, *Le mal d'amour*, in «L'homme», XXVII, 1987, pp.45-72.

<sup>30</sup> Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'alienation mental ou la manie*, Sez.II “Traitement morale des aliénés”, par. 6 “Avantage de l'art de diriger les aliénés pour seconder les effets des médicaments”, Richard, Caille et Ravier, Paris 1800, pp.95-96. La terapeutica della follia era intesa come “l'arte di soggiogare e domare, per così dire, l'alienato ponendolo in una condizione di stretta dipendenza da un uomo, che per le sue qualità fisiche e morali, sia in grado di esercitare su di lui un imperio irresistibile e di mutare il concatenamento vizioso delle sue idee”.

<sup>31</sup> Come si evince dalla lettura delle cartelle cliniche, le internate presso il Santa Maria della Pietà, spesso assumevano atteggiamenti violenti e inappropriati per ottenere favori dalle suore, per provare a simulare malessere ai medici, per farsi trasferire di reparto, per condizionare l'esito delle diagnosi. A riguardo si leggano ASMP, Archivio Sanitario, Cartelle Cliniche, Anna B., Adele F., Luigia V., Ermelinda F.

di se stesse e attraverso l'etichetta di "folli" si appropriavano di un terreno di azione più fluido<sup>32</sup>, il manicomio, dove si poteva essere anormali e dove anormalità significava essere diverse dagli altri. Le donne incarnavano così quegli stereotipi negativi che si scontravano con i processi di subordinazione imposti, con il controllo sul corpo operato dalla scienza e con la visione della donna, moglie-madre, dipendente moralmente e economicamente dall'uomo. Si opponevano a quella forma di controllo che è la *domesticazione del corpo*<sup>33</sup> che le riteneva una *macchina riproduttrice di vita*<sup>34</sup>. La follia stessa diventava una forma di ribellione incorporata, un atto di contrasto, in cui il corpo era contemporaneamente luogo di rappresentazione e azione di forze sociali e terreno di resistenza personale e di genere<sup>35</sup>. In questo quadro i deliri, i sogni mostruosi, descritti nelle cartelle cliniche<sup>36</sup>, non appaiono più come sintomi della degenerazione morale, ma come l'unico linguaggio in grado di mostrare il malessere e la sofferenza vissuti. Parenti che "parlano male"<sup>37</sup>, mostri che aprono la bocca<sup>38</sup>, fantasmi e streghe che insultano<sup>39</sup> sembrano più che i sintomi della malattia mentale, rappresentazioni delle paure e delle etichette sociali interiorizzate.

Le storie delle detenute internate possono essere quindi lette partendo dal presupposto che nel manicomio, a seguito dell'attribuzione dello status di folli, le donne erano libere di essere quello che fuori dal manicomio non potevano essere. La follia in un certo senso offriva

---

<sup>32</sup> E. Goffmann, *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna 1969, p.289. Goffmann sosteneva di considerare le identità non come qualcosa di fisso e definito, ma come il risultato localmente costruito delle interazioni che si sviluppano in specifici contesti culturali. "Il sé [...] non è qualcosa di organico che abbia una collocazione specifica, il cui principale destino sia quello di nascere, maturare e morire; è piuttosto un effetto drammaturgico di una scena che viene rappresentata".

<sup>33</sup> M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Puf, Paris 1963 (tr. It. Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nelle scienze umane, Einaudi, Torino, 1969).

<sup>34</sup> E. Martin, *The Woman in The Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston Mass 1987.

<sup>35</sup> N. Sheper-Hughes, *Il sapere incorporato. Pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in R. Borofsky, *L'antropologia culturale oggi*, Maltemi, Roma 2007, pp. 281-292.

<sup>36</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Anna A.; ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.525, Cartella Clinica Ermelinda F.; ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4390, Cartella Clinica Matilde F.R., ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.6143, Cartella Clinica Anna Rosa di A.

<sup>37</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4390, Cartella Clinica Pasqua P.

<sup>38</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.2228, Cartella Clinica Virginia S.

<sup>39</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P.

la possibilità di essere se stesse, di amare altre donne<sup>40</sup>, di reagire alla violenza<sup>41</sup>, anche di desiderare un re<sup>42</sup>. Nel vivere l'esperienza della follia, queste donne partecipavano di due dimensioni esistenziali, speculari e a volte complementari tra loro: una passiva in cui mostravano la vulnerabilità, frutto dell'esposizione ai fattori patogeni scientifici e sociali e che produceva subalternità, frammentazione e rovina, e una attiva, in cui mostravano una sorprendente capacità di riscatto, che le rendeva protagoniste della propria esperienza. Le detenute internate oscillavano all'interno di un'articolazione sociale basata da una parte sulla necessità e sulla sfera dei condizionamenti e dall'altra sulla libertà e sui processi di soggettivazione<sup>43</sup>. Le detenute folli erano soggetti prodotti, determinati, inglobati in una realtà locale ma anche soggetti costituenti, produttivi in grado di cooperare nella costruzione della realtà che le inglobava. Appartenevano, usando il lessico di Marx, sia al "regno della necessità" che al "regno della libertà"<sup>44</sup>. Di fatto "il regno della libertà comincia soltanto là dove cessa il lavoro determinato dalla necessità e dalla finalità esterna: si trova quindi per sua natura oltre la sfera della produzione materiale vera e propria"<sup>45</sup>. E il manicomio era il luogo dove la finalità esterna, quella della sicurezza, del controllo, dell'esclusione si compiva nell'atto dell'internamento. Compiuto tale atto la finalità esterna era raggiunta. Da quel momento si apriva la possibilità, per le donne, di vivere in una nuova dimensione, in un luogo dove tutto ciò che accadeva non poteva più nuocere alla comunità. Dimenticate dalla società, non volute dai familiari, queste donne nel manicomio potevano, in qualche modo, esprimersi in libertà perché, chiuse dentro le mura, non urtavano più i meccanismi di potere che subivano all'esterno. Esse potevano " [...] inventare spazi di iniziativa e gradi di libertà nei quali possa emergere ed affermarsi un «mode de vie»,<sup>46</sup> uno stile di vita, e quindi il profilo di un'identità individuale"<sup>47</sup>.

---

<sup>40</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V.

<sup>41</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina V.

<sup>42</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.1259, Cartella Clinica Matilde G.

<sup>43</sup> M. Foucault, *Storia della follia, cit.*, p.10.

<sup>44</sup> K. Marx, *Il capitale*, Libro III, Edizioni Rinascita, Roma 1956, p.11.

<sup>45</sup> *Ibidem*.

<sup>46</sup> Sul concetto di "mode de vie" si legga J. Revel, *Identità, natura, vita: tre decostruzioni biopolitiche*, in M. Galzigna (a cura di), *Foucault, oggi*, Feltrinelli, Milano 2008, pp. 134-149.

<sup>47</sup> J. P. Sartre, *L'idiote de la famille*, Vol.III, Gallimard, Paris 1988, pp. 771-772.

La follia, oltre le definizioni mediche, nell'esperienza delle detenute internate, si presenta come una *“variabile anarchica”*<sup>48</sup> che sconvolge i giochi della dialettica tra soggetto e oggetto. Diventa un fattore imprevedibile, una esperienza limite<sup>49</sup>, un terreno privilegiato di analisi, una *“regione scomoda”*<sup>50</sup>, in cui non è ancora avvenuta la scissione tra ragione e sragione, tra folle e non folle. Diventa un momento di rottura con la società data e un momento originario per riappropriarsi della propria dimensione esistenziale, dentro la propria cultura. La follia è una chiave di lettura che mette in evidenza *“il problema dei limiti piuttosto che dell'identità di una cultura”*. Limiti che sono *“[...] quei segni oscuri, necessariamente dimenticati, non appena compiuti, coi quali una cultura respinge qualcosa che sarà per lei l' esteriore”*<sup>51</sup> e che riguardano la moralità, la sessualità, la tolleranza. Per parlare di follia *“bisognerà anche fare la storia e non solo in termini etnologici, dei tabù sessuali: parlare delle forme continuamente fluttuanti e ostinate della repressione nella nostra stessa cultura, e non per fare solo la cronaca della moralità o della tolleranza, ma per illuminare la separazione tragica dal mondo felice del desiderio, come limite del mondo occidentale e come origine della sua morale. Bisognerà infine, e anzitutto, parlare dell'esperienza della follia”*<sup>52</sup>. Folle e non folle dialogano, quindi, forti della loro alterità, in una dimensione culturale comune che è quella di un pensiero *“molteplice”*<sup>53</sup> dove esistono processi storici divergenti, ma che si connettono tra loro, pur restando differenti. Da questa considerazione si può iniziare a parlare di *“esperienza della follia”*<sup>54</sup> come di un percorso che racchiude esperienze di vita, di malattia, di criminalità, di sessualità e *“«foyers d'expérience», focolai di esperienze, importanti nella nostra cultura”*<sup>55</sup>. Più che strane e folli, le detenute del Santa Maria della Pietà, appaiono estranee alla loro cultura, straniere per quella *“inexorable étrangété”*<sup>56</sup> che la società accoglieva come parametro

---

<sup>48</sup> Foucault M., *Storia della follia*, cit., p.13.

<sup>49</sup> *Ibidem*.

<sup>50</sup> *Ivi*, p.41.

<sup>51</sup> *Ivi*, p.43.

<sup>52</sup> *Ivi*, p.45.

<sup>53</sup> Si fa riferimento al concetto di sintesi disgiuntiva, che vede i processi storici come divergenti, dentro una stessa cornice culturale. Si legga M. Galzigna, *Rivolte del pensiero. Dopo Foucault, per riaprire il tempo*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.

<sup>54</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p.45.

<sup>55</sup> M. Foucault, *Il governo di sé e degli altri*, M. Galzigna ( a cura di ), Feltrinelli, Milano 2009, p.15.

<sup>56</sup> R. Char, *Fureur et mystère*, Gallimard, Paris 1986, p.136. Foucault nella prefazione di *Storia della follia nell'età classica* fa riferimento spesso a poeti francesi per mostrare il lirismo che accompagna l'esperienza della follia. Fa riferimento all'espressione *“étrangété”*, intesa nel significato francese di stranezza, ma anche di estraneità.

necessario della condizione umana, per dividere i simili dai non simili, i sani dagli insani, i virtuosi dai non virtuosi. La follia, quindi, prima di essere sragione o malattia organica, era necessità di separazione sociale e indicava, sotto il profilo storico, un ambito di studio in cui si costruivano le categorie interpretative dell'architettura sociale, fondamentali per le logiche di potere. In questo quadro, dare voce alle detenute internate significa farle parlare della loro esperienza di donne, oltre il significato che la dottrina del tempo dava alla malattia mentale, attraverso voci, balbettii, parole slegate *“che fanno udire a chi tende l'orecchio un rumore sordo che proviene da sotto la storia, il mormorio ostinato di un linguaggio che dovrebbe parlare da solo: senza soggetto parlante e senza interlocutore, avvolto su se stesso, stretto alla gola, sprofondante prima d'aver raggiunto qualsiasi formulazione, e che ritorna senza strepito al silenzio di cui non si è mai disfatto: radice calcinata del significato”*<sup>57</sup>. Le parole diventano parole-grido, parole urlo<sup>58</sup>, il linguaggio diventa il linguaggio della disgregazione, quel linguaggio che per Hegel apparteneva alla coscienza frammentata, scomposta che è *“coscienza dell'inversione e precisamente dell'inversione assoluta”*. Era il linguaggio perfetto *“[...] la vera esistenza dello spirito di tutto questo mondo della cultura”*<sup>59</sup>, era *“inganno universale di sé e degli altri”*, *“la verità più alta”*<sup>60</sup>, perché linguaggio della coscienza

---

<sup>57</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p.498.

<sup>58</sup> M. Galzigna ( a cura di), *Artaud, l'irriducibile. Frammenti inediti dei “Cahiers” con testo francese a fronte*, (interventi di M.Glazigna, E.Borgna, G. Buongiorno, U. Artioli, M.Dotti), Il Poligrafico, Padova 2012. Artoud è uno degli autori più citati da Foucault quando individua i momenti e i luoghi in cui emerge l'esperienza della sragione.

<sup>59</sup> J. Hyppolite, *Genesi e struttura della « Fenomenologia dello spirito » di Hegel*, La Nuova Italia, Firenze 1972. L'espressione mondo della cultura traduce l'espressione tedesca Welt der Bildung e indica al tempo stesso l'orizzonte della libertà e dell'estraniamento. (cfr. F.Hegel, *Fenomenologia dello spirito*, Bompiani, Milano 2008, pp. 693-709.

<sup>60</sup> *Ivi*, pp.701-703. Hegel riscrive il vaniloquio presente nel testo *“Il Nipote di Rameau”* e pronunciato dal Nipote (cfr. D. Diderot, *Il nipote di Rameau. Testo francese a fronte*, A. Beretta Anguissola ( a cura di), Marsilio, Venezia 2013) usando alcune espressioni proprie per mostrare come follia e sragione nell'età classica si univano e confondevano. L'obiettivo era mostrare come nella follia si incontravano due tendenze contrapposte, quelle della saggezza e quelle della follia, che pur se distinte appartenevano ad una stessa coscienza. *“ Un vaniloquio sospeso tra saggezza e follia, come un miscuglio di garbo e volgarità, di idee giuste e di idee false, di totale perversione del sentimento, dell'infamia più perfetta e insieme della verità più schietta. Non si potrà rinunciare ad attraversare tutti questi toni, a percorrere su e giù l'intera scala dei sentimenti, dal disprezzo e dall'abiezione più profondi fino alla più grande ammirazione e commozione; e con questi ultimi sentimenti, verrà a fondersi una venatura di ridicolo che li snaturerà”*.

disgregata, che insieme alla coscienza quieta, apparteneva comunque a “*un’unica e medesima coscienza*”<sup>61</sup>.

A fronte di questo quadro, nella ricerca si analizzerà l’esperienza della follia vissuta dalle detenute presso il manicomio romano partendo da una breve analisi storica dell’ “*Ospedale de’ pazzi di Roma*”<sup>62</sup> e dall’analisi delle teorie deterministe e organiciste che dominavano il sapere psichiatrico durante l’ottocento, per arrivare a recuperare la visione della psichiatria di inizio novecento, che cercava di dare al manicomio il volto nuovo di un luogo in cui il disagio psichico trovava cura e protezione dal mondo<sup>63</sup>. Attraverso queste dottrine e queste interpretazioni della follia e degli spazi della follia, è stato possibile ignorare dimenticare storie di vita di donne sofferenti e in rottura con il proprio contesto culturale, che nel corso del lavoro, troveranno voce nelle parole che “gli altri” hanno usato per descriverle e etichettarle come malate, criminali, folli, diverse. L’esperienza della follia per le detenute internatesi presenta, quindi, come l’esperienza del diverso, tra i presunti uguali, che vivono dentro la stessa società. Ma sarà, nella stessa società, anche “*quell’atto etico-politico che avrà trasformato la costante verticalità della follia in una freccia sagittale nel presente e dunque nell’ontologia dell’attualità e nell’ethos filosofico*”<sup>64</sup>. In questo senso le detenute, internate al Santa Maria della Pietà di Roma, sono portatrici di un antagonismo, a volte nascosto dalla storia, che ha messo in evidenza le disfunzioni, le contraddizioni e le pretese dei dispositivi incaricati di controllarla. Le loro storie possono essere analizzate cercando un punto di incontro tra due momenti differenti, quello dell’esclusione sociale e quello dell’emersione delle soggettività, che implicano la necessità di uno sguardo poetico sull’esperienza della follia, di una poetica della relazione<sup>65</sup>, che diventa necessariamente etica dell’accettazione, del riconoscimento e dell’accoglienza dell’altro e del suo “*entour*”<sup>66</sup>. E sulla base di queste considerazioni il recupero delle storie delle internate, attraverso i documenti di archivio, assume lo stesso ruolo che Foucault

---

<sup>61</sup> *Ivi*, p. 695.

<sup>62</sup> Archivio Santa Maria della Pietà, *Decreti*, f. 26.

<sup>63</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p.94.

<sup>64</sup> M. Fimiami, *La follia, per una logica dell’ossimoro*, Atti del convegno «Bioetica pratica e cause e cause di esclusione sociale», Napoli, CIRB, 18-19 novembre 2010.

<sup>65</sup> E. Glissant, *Poetica della relazione*, Quodlibet, Macerata 2007.

<sup>66</sup> *Ibidem*.

attribuiva alla letteratura “fuori legge”<sup>67</sup> intesa come “discorso dell’infamia”<sup>68</sup>. “Ad essa spetta dire ciò che è più indicibile, peggiore, più segreto, più intollerabile, più disumano”<sup>69</sup>.

---

<sup>67</sup> M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, cit., pp. 67-68.

<sup>68</sup> *Ibidem*.

<sup>69</sup> *Ibidem*.

## I.

### Breve storia del Santa Maria della Pietà

#### *1.1 Il Santa Maria della Pietà e la storia della follia*

Ripercorrere la storia dell'Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma significa andare indietro nel tempo e attraversare “*le storie della psichiatria*”<sup>70</sup> e dei suoi protagonisti almeno a partire dagli inizi degli anni quaranta del XVI secolo.

La storia del Santa Maria della Pietà è una storia della follia e delle sue rappresentazioni, che attraverso le voci dei malati, dei medici, degli esponenti delle istituzioni e dei familiari, mostra una complessa rete di relazioni sociali che si sviluppano intorno ai luoghi per eccellenza della sofferenza umana. Come sottolinea Foucault, la storia della follia apre “*un vuoto, un tempo di silenzio, una domanda senza risposta*”<sup>71</sup> sulla quale “*il mondo è obbligato ad interrogarsi*”<sup>72</sup>. Il quadro è particolarmente complesso perché si inserisce all'interno di un arco temporale lungo più di quattro secoli e perché abbraccia, oltre che lo studio delle rappresentazioni dei comportamenti umani e delle risposte terapeutiche nell'ambito della malattia mentale, lo studio dei disturbi etnici (o sindromi legate alla cultura)<sup>73</sup> con quello dei fattori storico-culturali che assumono rilievo nella pratica clinica occidentale, condizionando le manifestazioni e le interpretazioni dei sintomi, la definizione delle categorie nosografiche e della follia stessa, e la risposta del malato all'istituzione e all'esperienza della follia.

---

<sup>70</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano 2011, p.646.

<sup>71</sup> *Ivi*, p.5.

<sup>72</sup> *Ibidem*.

<sup>73</sup> R. Lionetti, *L'efficacia terapeutica: un problema antropologico*, in «La ricerca folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari. L'etnopsichiatria», n.17, 1998, p.3.

Partendo dall'analisi delle motivazioni che hanno determinato la nascita e lo sviluppo del Santa Maria della Pietà, si cercherà di ripercorrerne la storia per mettere in luce la complessità e l'ambiguità del suo mandato sociale e per evidenziare l'originale e precoce intreccio tra le finalità di custodia e quelle terapeutiche che hanno caratterizzato il *ricovero de' pazzarelli*<sup>74</sup> fin dalle sue origini. Dal momento in cui l'Ospedale nasce e si sviluppa, diventa il luogo in cui si definisce l'atteggiamento della società verso i folli, in una sorta "*di serrato gioco di scambio tra interno ed esterno*"<sup>75</sup> che coinvolge famiglie, internati, medici e istituzioni. Seguendo questa prospettiva, l'Ospedale dei pazzi, può essere considerato come "*un laboratorio di trasformazioni sociali che risultano decifrabili solo passando in rassegna la rete di rapporti sociali ed economici che legano l'istituzione al contesto circostante*"<sup>76</sup>.

La malattia mentale sembra sfuggire ogni tentativo di definizione e ricostruzione storica che si situi oltre le valutazioni che in epoche differenti sono state attribuite dalle organizzazioni sociali a quei comportamenti ritenuti inquietanti e pericolosi. La follia indecifrabile, sembra decifrabile solo nei limiti del tempo in cui è stata vissuta, in cui si è tentato di studiarla, osservarla, isolarla e curarla.

## ***1.2 Nascita, sviluppo e crisi dell'Ospedale Santa Maria della Pietà nel '500***

### ***Follia e povertà***

Il primo nucleo dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma risale alla fine degli anni quaranta del XVI secolo e nasce per volontà di Ferrante Ruiz, cappellano del monastero di Santa Caterina e di Angelo e Diego Bruno, laici ed amici di Ignazio Loyola, originari del regno

---

<sup>74</sup> Archivio Santa Maria della Pietà, A/VI/26, 8 maggio 1568. Un fornitore dichiara di aver ricevuto 6 scudi di grano "dall'Ospedale de'Pazzarelli".

<sup>75</sup> A. Groppi, *I conservatori della virtù. Donne recluse nella Roma dei papi*, Laterza, Roma-Bari 1994, p.3.

<sup>76</sup> P. Frascani, *L'Ospedale moderno in Europa e Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in «Società e storia», 52, XIII, 1991, pp. 405-416.

di Navarra<sup>77</sup>. Il progetto si inseriva nell'ambito della "riconquista"<sup>78</sup> cristiana, dopo gli sconvolgimenti della Riforma, per bloccare la crisi morale in atto e coinvolgere sempre più persone nel tentativo di "conquistar todo el mundo y todos los enemigos"<sup>79</sup>. La scelta cadde su Roma perché non esisteva nella città una "casa ne hospitio per huomini matti e privi di intelletto"<sup>80</sup>. Le attività dell'Istituto ebbero inizio presso la sede del Monastero di Santa Caterina e furono destinate prevalentemente ai vagabondi e ai pellegrini che si trovavano a Roma per l'Anno Santo indetto nel 1550. L'attività di assistenza consisteva, secondo le tradizionali opere di carità, esplicitate nella Bolla papale "Illius qui pro dominici" di Pio IV<sup>81</sup>, nel dare ospitalità per tre notti ai forestieri attraverso l'offerta di cibo, la somministrazione dei sacramenti (comunione e confessione), il lavaggio dei piedi e degli abiti, il taglio dei capelli e delle unghie e l'insegnamento della dottrina cristiana. Lo spirito che animava la Confratellita del Santa Maria della Pietà aveva una forte impronta devozionale e si manifestava nelle prescrizioni degli "Statuti della Compagnia della Madonna della Pietà della casa, over hospitale poveri forestieri e pazzi" i quali richiedevano a tutti i membri di abbandonare le proprie passioni di uomini per seguire Gesù, allontanandosi dal peccato attraverso il rispetto della legge divina<sup>82</sup>. L'obiettivo era quello di praticare la carità tramite un impegno concreto nella gestione del ricovero e nel trattamento dei poveri e dei pazzi. Queste azioni di carità, secondo la dottrina del fondatore, erano destinate esclusivamente ai poveri, quelli "che sono veramente bisognosi di aiuto, oltre che i poveri pazzi privi di intelletto, [...] derelitti che non hanno alcun governo né possono caminar se non dove li detta il senso e il furore che li fa andare ignudi et alle volte con vituperio della nostra carne [...]"<sup>83</sup>. Per essere accolto, il povero doveva essere derelitto, in preda ai propri sensi e al proprio furore, solo, senza nessuno che si occupasse di lui. Il povero-

---

<sup>77</sup> C. Fanucci, *Trattato di tutte le opere pie dell'alma città di Roma composto dal signor Camillo Fanucci senese*, in A. L. Bonella (a cura di), *Fonti per la storia della follia: S. Maria della Pietà e il suo archivio storico* (sec. XVI-XX), Dedalo, Roma 1994, p.17.

<sup>78</sup> L. Fiorani, *Le confraternite romane. Esperienza religiosa, società, committenza artistica*, in «Ricerche per la storia religiosa di Roma», 5, 1984, p. 162.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

<sup>80</sup> *Ordini, Statuti e Costituzione della Compagnia della Madonna della Pietà della Casa over Hospitale delli Poveri forestieri e pazzi dell'Alma Città di Roma* (d'ora in poi *Ordini*), *Delli poveri matti, e quali debbiano essere accettati, e governati*, pubblicati da Antonio Blado, Stampator Camerale, 1563, in A. Giannelli, *Studi sulla pazzia nella Provincia di Roma*, Tipografia Ditta Ludovico Cecchini, Roma 1905, p.75.

<sup>81</sup> A. Giannelli, *op. cit.*, p.75.

<sup>82</sup> *Della giustificazione e renovatione delli Confratelli della nostra Compagnia*, in *ivi*, p.76.

<sup>83</sup> *Ivi*, p.73.

pazzo doveva essere pubblicamente riconosciuto, identificabile tramite il comportamento e in grado di suscitare negli altri sia sentimenti di pietà che quel senso di fastidio che “*offende la vita quotidiana*”<sup>84</sup>. La follia si percepiva attraverso la povertà e la povertà si manifestava nella follia.

Matto e povero avevano confini sfumati e indefiniti, tanto da mescolarsi spesso l’uno con l’altro. Si legge negli Statuti: “*Non essendo fino al presente in Roma casa ne hospitio per uomini matti e privi di intelletto, e trovandosi molti simili miserabili persone ignude, scalze e mal condutte, che di freddo e altri disagi alcuni ne morono senza aiuto corporale [...] Si ordina e statuisce che tutti li matti, derelitti e abbandonati d’ogni altro aiuto e sussidio siano accettati nel detto hospitale per loro albergo deputato*”<sup>85</sup>.

La follia viene descritta in maniera diversa da quella del secolo precedente dove, come nella pittura di Bosch, era simbolo escatologico, ai confini del mondo, dell’uomo e della morte. Da essa emergevano le forme dell’impossibile<sup>86</sup>, che dimorava “*nella sragione che dava genio*”. La follia era povertà ed era pienamente in mezzo alla gente e alle cose, nelle strade, nella vita quotidiana. Trovava dimora nel ricovero, “*quell’ospedale dei folli incurabili dove sono dedotte punto per punto tutte le follie e le malattie della mente, tanto degli uomini che delle donne, opera non meno utile che ricreativa e necessaria per l’acquisizione della vera saggezza*”<sup>87</sup>. La follia-povertà trovava il suo spazio nel ricovero del Santa Maria della Pietà dove sotto la stessa insegna si raccoglievano quindi ubriacconi, sbandati, persone senza memoria ed intelletto e persone prive di cervello<sup>88</sup>. Il pazzo internato era povero, abbandonato e costretto a vivere lontano dalla società dei sani. Occorreva fosse accolto nell’Ospedale in virtù di un gesto caritatevole animato contemporaneamente da sentimenti di pietà e timore. Il vagabondo anche era povero e abbandonato, ugualmente accolto nell’Istituto, lontano dalle vie della città.

---

<sup>84</sup> L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Pearson Italia, Torino-Milano 2003, p. 32.

<sup>85</sup> A. Giannelli, *op.cit.*, p.77.

<sup>86</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p.110.

<sup>87</sup> *Ibidem.*

<sup>88</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.111.

In questo le figure del pazzo e del vagabondo apparivano analoghe e facilmente sovrapponibili<sup>89</sup>.

Il rapporto tra follia e povertà era incerto e confuso e restò tale per molti anni, quasi fino tutto il seicento, contribuendo a rendere di difficile interpretazione il mandato sociale del Santa Maria della Pietà e le sue funzioni sociali. Partendo dal Medioevo l'atteggiamento nei confronti dei cosiddetti matti era sempre oscillato tra spirito di tolleranza ed emarginazione, pietà e timore<sup>90</sup>. Il pazzo richiamava l'idea del Cristo sofferente che diventava meritevole di cura e attenzione al pari dei malati, degli orfani, delle vedove. Il pazzo era però anche una minaccia, a fronte del suo errare senza meta per le vie della città, coperto di stracci<sup>91</sup>. Questa condizione di degrado faceva sì che spesso venisse allontanato o cacciato, chiuso in casa, incatenato, nascosto in luoghi protetti e isolati della città<sup>92</sup>. Nel cinquecento, con l'incalzare del fenomeno del pauperismo, questa rappresentazione del pazzo iniziò lentamente a modificarsi. A cambiare era l'immagine del povero. Si iniziava a distinguere tra veri poveri e falsi poveri, vagabondi e "vergognosi", meritevoli e immeritevoli, sfortunati e dediti all'ozio. Il ricovero era giustificato dalla povertà, quella vera, dal bisogno, dalla necessità di cibo e protezione dal freddo. Queste condizioni che spesso accumulavano sia il povero che il matto ne determinavano l'accoglienza indifferenziata negli istituti.

L'attività di carità della Confraternita del Santa Maria della Pietà continuò a manifestarsi nell'accoglienza e a esercitarsi in questo quadro culturale alquanto indefinito, rivolgendosi quindi indistintamente a matti, poveri e vagabondi. Tuttavia, finita l'emergenza dell'accoglienza dei pellegrini giunti a Roma per l'Anno Santo, si iniziò a indirizzare in maniera più capillare l'attività di assistenza verso "i poveri di cervello e i pazzi di qualsivoglia sesso o nazione"<sup>93</sup>, individuando nei poveri di intelletto l'oggetto specifico della carità cristiana<sup>94</sup>. Sintomatico del cambiamento in atto, sia nella definizione dei destinatari dell'ospitalità che

---

<sup>89</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p. XV.

<sup>90</sup> M. Laharie, *La folie au Moyen Age*, Puf, Paris 1992.

<sup>91</sup> B. Chaput, *La condition juridique et sociale de l'aliené mental*, in G. Allard (a cura di), *Aspects de la marginalité au Moyen Age*, L'Aurore, Montreal 1975, p.47.

<sup>92</sup> M. Laharie, *op. cit.*, pp. 202-203, 252-254.

<sup>93</sup> *Ivi*, p. 57.

<sup>94</sup> A. Giannelli, *op. cit.*, p.69.

nella specializzazione dell'attività di assistenza della Confraternita, è il cambiamento di denominazione dell'Istituto avvenuto nel corso del sedicesimo secolo. Il primo nome della Confraternita "Confraternitas Christifidelium Pauperum Advenarum"<sup>95</sup> ufficializzato dalla bolla papale di Pio IV del 1561 verrà modificato nel 1562 e porterà alla definizione del Ricovero come "Ospital de Santa Maria de la pieta de forastieri y mate"<sup>96</sup>. Nel 1572 la denominazione utilizzata è quella di "Ospital de povre forastieri y pace"<sup>97</sup> e rimarrà fino al 1579, quando verrà nuovamente modificata in "Ospital di Santa Maria de la pietà de povre mate"<sup>98</sup>. È interessante notare come, nonostante nel corso degli anni fosse esplicitamente sancito nei Regolamenti che il ricovero dovesse occuparsi dei folli intesi come "privi di intelletto", esso continuerà ad ospitare ancora per molti anni poveri e vagabondi, in virtù di quel labile confine tra le due definizioni, che trovavano nella povertà il denominatore comune e un fattore di riconoscimento.

### ***Primi accenni di cura della follia***

Lungo il corso del cinquecento, lentamente, iniziava a modificarsi la percezione della persona folle e nel ricovero romano trovavano posto non solo i derelitti, ma tutti i folli di qualsiasi posizione sociale. Folle era nella dottrina del tempo colui che aveva un comportamento ben identificato in una serie di *signa furoris*<sup>99</sup>, che turbava la tranquillità e l'ordine pubblico. La sua pericolosità si misurava non solo sulla possibilità concreta di minaccia fisica, e quindi su un piano strettamente materiale, ma anche morale. Dilapidazione del patrimonio, scandalo, comportamenti non rispettosi dell'autorità, violazione del buon costume risultavano infatti essere tra le motivazioni più frequenti per la richiesta di internamento<sup>100</sup>. Nel Santa Maria della Pietà continuavano, tuttavia, ad essere accolti e rinchiusi indistintamente i pazzi poveri e i poveri tra i pazzi. L'internamento indifferenziato era diventato una pratica comune e consolidata che rendeva la popolazione internata una mescolanza di situazioni e storie differenti.

---

<sup>95</sup> *Ivi*, p. 68.

<sup>96</sup> Archivio Santa Maria della Pietà (d'ora in poi ASMP), *Decreti*, f. 26.

<sup>97</sup> *Ibidem*.

<sup>98</sup> *Ibidem*.

<sup>99</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p. XIV.

<sup>100</sup> *Ivi*, p. XV.

Pur se rinchiusi nello stesso posto, il povero e il pazzo iniziavano ad essere percepiti dentro l’Ospedale, come diversi. Dentro le mura dell’Istituto infatti si iniziarono a praticare per la prima volta delle forme di classificazione mirate a separare il folle-malato dal derelitto-povero e si iniziò a ragionare su interventi specifici a seconda del ricoverato. La documentazione degli archivi, infatti, testimonia la presenza, accanto all’attività di custodia, di pratiche terapeutiche, perizie e somministrazioni di rimedi già alla fine del cinquecento. Gli Statuti al riguardo specificavano che per cura s’intendevano “*le cose necessarie, acciocchè possino quanto sia possibile ritornar i lor medesimi e recuperare la dignità, e l’senno perduto*”<sup>101</sup>. Si stabiliva che i pazzi dovevano essere nutriti, medicati e “*governati*”<sup>102</sup> e che le terapie consistevano in purghe e preghiere<sup>103</sup>, salassi, bagni, dieta, somministrazione di evacuanti. Tra gli strumenti terapeutici venivano segnalati anche ferri, cancelli e manette<sup>104</sup>.

Se si guarda al pensiero medico del tempo sulla follia, essa appariva ancora legata alla teoria umorale<sup>105</sup> e alla concezione di malattia del cervello, quindi di una parte del corpo. Le cure praticate, spesso limitate ai metodi di contenimento, apparivano pertanto inefficaci e inutili<sup>106</sup>. Probabilmente da qui l’incerto ruolo del medico e la sfiducia verso la nascente dottrina psichiatrica. La volontà di cura sembrava essere più un’espressione convenzionale, dal forte accento religioso, che parte di un processo medico. Raramente raggiungeva dei risultati tangibili quali miglioramenti “*o guarigione*”<sup>107</sup> e spesso si traduceva unicamente nell’attività di custodia. L’impossibilità di guarire i pazzi determinava una sensazione di perenne sconfitta della medicina, che si accaniva verso i propri malati con metodi violenti e rimedi brutali, continuando a favorire nei confronti del ricoverato l’approccio devozionale privo di qualsiasi base scientifica. Una certa presenza di medici, nell’Ospedale, incaricati di curare i pazzi è comunque segnalata in modo esplicito nella Bolla del 1561<sup>108</sup>, anche se non ne vengono

---

<sup>101</sup> A. Giannelli, *op.cit.*, p.78.

<sup>102</sup> *Ibidem.*

<sup>103</sup> AA.VV., *L’ospedale dei pazzi di Roma, dai papi al 900*, Vol. I, Dedalo, Roma 1994, p.20.

<sup>104</sup> B. Tagliacozzi, A. Pallotta, *Scene da un manicomio. Storia e storie del santa Maria della Pietà*, Ed. Scientifiche Ma.Gi, Roma 2012, p. 15.

<sup>105</sup> B. Fantini, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina moderna*, in P. Donghi, L. Preta (a cura di), *In principio era la cura*, Laterza, Bari-Roma 1995, pp. 47-73.

<sup>106</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p. XVII.

<sup>107</sup> B. Fantini, *op.cit.*, pp. 47-73.

<sup>108</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p. 35.

esplicitate le modalità di intervento e le funzioni. Si stabiliva infatti solo che i pazzi dovessero essere “*governati*”, nutriti e medicati “*quando sarà bisogno*”<sup>109</sup>. I medici risultavano inoltre esclusi dalla gestione dell’attività del ricovero e dalla possibilità di intervento nelle pratiche di ammissione e dimissione dei malati. La loro presenza si limitava prevalentemente a delle collaborazioni sporadiche e occasionali. Il fatto che la follia fosse ancora considerata come un’alterazione dei sentimenti e venisse riconosciuta nella persona errante impediva una vera e propria presa di coscienza dello stato del folle come “malato” da curare. Da qui la subalternità del ruolo del medico nell’Ospedale rispetto a quello del Protettore, autorità ecclesiastica che gestiva l’organizzazione del ricovero. L’esigenza che sembrava prevalere era quella del buon funzionamento della struttura. Più importanza era data alla cura dell’anima e alle pratiche devozionali, che ben riflettevano lo spirito del fondatore.<sup>110</sup> Secondo gli Statuti, infatti, i malati potevano essere condotti all’Ospedale solo dall’autorità pubblica o dalla popolazione locale e potevano essere ammessi solo dopo che la Congregazione degli ufficiali (che si riuniva periodicamente per decidere su tutte le attività) si era espressa formalmente sul loro stato di salute e che i “visitatori o inquisitori”<sup>111</sup> dei malati avessero svolto una diagnosi della follia<sup>112</sup>. Il medico interveniva prevalentemente nella fase delle dimissioni del malato, attraverso la stesura di una relazione scientifica denominata “fede”<sup>113</sup> in cui era descritto lo stato mentale del ricoverato. Il documento forniva la base scientifica su cui la Congregazione prendeva le decisioni. Al medico, nel rapporto con i ricoverati, era affiancata un’altra figura, il mastro de pazzi, che proprio in virtù della scarsa rilevanza data al sapere scientifico nella gestione dei pazzi, si presentava come soggetto idoneo a garantire la cura dell’anima (attraverso il rito della confessione, la lettura dei testi sacri, la preghiera comune e la verifica se tra i ricoverati ci fossero “casi” di spiritati<sup>114</sup>) e la disciplina dei ricoverati (doveva sorvegliare sulla dieta,

---

<sup>109</sup>A. Giannelli, *op. cit.*, p. 80.

<sup>110</sup>L. Roscioni, *op. cit.*, p.35.

<sup>111</sup>*Ivi*, p.17.

<sup>112</sup>A. Bonfigli e F. F. Bernardini, *Quella carità che sisol fare alli pazzi accio venghi a recuperare lasanita. Gli esordi dell’Ospedale di S.Maria della Pietà e la cura dei dementi*, in AA.VV. (a cura di), *L’ospedale dei pazzi di Roma dai papi al ‘900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, vol. II, Dedalo, Roma 1994, p. 49.

<sup>113</sup>*Ibidem*.

<sup>114</sup>R. Mazza, *La malattia mentale nel cinquecento: tassonomia e casi clinici*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia psichiatrica e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell’Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982, pp. 304-316.

sull'igiene e sulla sicurezza contro gli abusi ed era promotore dell'utilizzo di strumenti educativi quali il "terrore" per reprimere gesti impropri e parole indecenti<sup>115</sup>).

Il Santa Maria della Pietà rispecchiava il contesto culturale e storico in cui nasceva. Restavano suoi tratti dominanti il fervore religioso, l'approccio caritatevole e la necessità di ordine e custodia. La carità praticata non era neutrale e indiscriminata, garantiva l'accesso al ricovero solo ai meritevoli, ossia ai poveri non oziosi e non accattoni. Per i folli la situazione era differente. Le procedure di ammissione ed espulsione erano molto più scrupolose, trovavano giustificazione nella necessità di garantire l'ordine sociale "*perché non intendano di mettere vagabondi e pericolosi per la città*"<sup>116</sup>. Oltre a preservare la popolazione dal senso di fastidio e orrore provocato dalla vista di tali individui era necessario garantire la tranquillità per le strade, tanto che i folli potevano uscire dal ricovero solo "*se morono o ritornano in cervello o se sono licenziati di casa*"<sup>117</sup>. La povertà sicuramente forniva un criterio discriminante per l'ammissione di molte persone nell'Ospedale, ma non era più sufficiente per legittimare il ricovero dei pazzi, colti da furore. Per queste persone il ricovero era ritenuto auspicabile non solo per il senso di pietà e orrore che suscitavano, ma per quella necessità di tutela sociale, che vedeva in essi soggetti pericolosi dai quali occorreva difendersi. In tutti casi il ricovero si basava su una valutazione del comportamento pubblico, su un giudizio che aveva dei criteri di valutazione che si applicavano in maniera diversa a seconda dei casi. Stabilire ad esempio se il povero era meritevole o no di assistenza era molto più semplice ed immediato rispetto al caso delle persone colte da furore. Questa duplicità di atteggiamento e la doppia finalità che ne derivava (della cura e della carità da una parte e dell'internamento dall'altra) saranno una costante nella storia del Santa Maria della Pietà e lo accompagneranno nei secoli successivi lasciando un'impronta profonda e indelebile.

---

<sup>115</sup> S. Salviani, *De melancholia et mania morbo et eius curatione*, in Id., *Variarum lectionum de re medica libri tres*, Tipografia Iacobi Tornerij et Bernardini Donangeli, Roma 1588, pp. 95-152.

<sup>116</sup> "*Che non si accettino li poveri che vanno accattando per la città, & non lavoran*", in A. Giannelli, *op.cit.*, p. 82.

<sup>117</sup> Ivi, "*Che si scrivano li pazzi*".

### *Tra pratiche terapeutiche e pratiche spirituali*

Altro aspetto peculiare, ma non esclusivo, dell'Ospedale nel '500 era lo stretto legame esistente con le autorità religiose. Aldilà delle richieste di ricovero sollecitate dalle famiglie dei malati non si può non tener conto del ruolo svolto nelle pratiche di internamento dalle autorità preposte al mantenimento dell'ordine pubblico quali Tribunali, Magistrature e Sant'Uffizio<sup>118</sup>. Verso la fine del secolo molti sono gli inquisiti o condannati rinchiusi perché sospettati di "follia" dai funzionari religiosi.

I primi internamenti per volontà del Sant'Uffizio di cui si ha traccia risalgono agli ultimi decenni del '500 e sono quasi contestuali alla nascita dell'Istituto. Il primo caso rilevato è del 1566 e riguarda Don Mario Attilio de Amatiis<sup>119</sup>, seguito nel 1567 da Pietro Portoghese e Carlo Speles<sup>120</sup>. I documenti sono scarsi e frammentari e non permettono una ricostruzione completa delle storie, ma forniscono informazioni preziose sulla complicità che in quegli anni intercorreva tra l'Ospedale e l'Inquisizione. I dati analizzati<sup>121</sup> individuano circa 79 casi di internati tra metà cinquecento e inizio settecento e le elemosine e le sovvenzioni fatte verso l'Ospedale dalla Congregazione del Sant'Uffizio, confermano la loro presenza. Pur se non codificato formalmente, il pagamento della retta degli internati eretici e indemoniati era a carico infatti degli Uffici religiosi<sup>122</sup>. Dai memoriali degli amministratori del Santa Maria della Pietà si evince che spesso erano inviate richieste alla Congregazione per pagare le rette o dimettere degli internati<sup>123</sup>. Difficile spiegare le motivazioni che spingevano le autorità religiose ad inviare persone nell'Ospedale e difficile è capire cosa significasse "folle" per il Sant'Uffizio. Secondo i manuali maggiormente utilizzati dagli inquisitori, quali il *Directorium Inquisitorum*, riedito a Roma nel 1578, si parlava prevalentemente di casi di falsa follia, follia simulata e finta, messa in scena dagli eretici per sfuggire alla tortura e alle condanne. Gli strumenti utilizzati per

---

<sup>118</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p. XVIII.

<sup>119</sup> ASMP, A/I/1 "Libro de decreti dell'Hosp. De S. Maria della Pietà, et poveri forastieri e pazzi", 1569-1579, (d'ora in poi Decreti), 1565-1567, f. 89.

<sup>120</sup> Decreti, 1567, f. 104.

<sup>121</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, pp. 183-185.

<sup>122</sup> Decreti, f. 89v, 31 maggio 1576. A partire dal 1575, quasi ogni anno, fu messa a verbale nei Decreti la lettura di memoriali inviati da parte dell'Ospedale per ottenere il versamento delle elemosine per i pazzi internati su istanza del Santo Uffizio, che si verificava di norma due volte l'anno, una delle quali in prossimità del Natale. Per i primi anni di vita dell'Ospedale si possono consultare anche ASMP, A/VI/26, ff. 76r, 87v, 915, 97r, 109v.

<sup>123</sup> Decreti, 1629, f.24r; 1689, f.15; 1702, ff. 37v-38r, 181r, 202v.

verificare se si trattava di casi di pazzia vera o simulata erano l'osservazione prolungata del "presunto folle", per cogliere mosse e comportamenti che lo tradissero nella menzogna, oppure le minacce di torture fisiche che fornivano un buon deterrente per la confessione<sup>124</sup>. Restava quindi, essendo rimessa la valutazione al solo giudizio dell'inquisitore-osservatore, alquanto difficile e arbitrario capire se l'inquisito fosse un vero pazzo o un buon bugiardo. L'Inquisizione comunque (pur se per la maggior parte dei teologi l'ipotesi di follia più frequente restava quella della possessione demoniaca) si interrogava in quegli anni anche sulla possibilità concreta di casi di autentica follia, intesa come malattia, e iniziava a prevedere la sua esistenza, come fenomeno in grado di spingere un individuo a compiere atti criminosi ed eretici, contro la propria volontà. Ne seguiva una ulteriore confusione e soprattutto l'impossibilità di stabilire con certezza, di fronte a un caso di presunta follia, se si trattasse di un indemoniato, di un furioso, di un eretico o di un bugiardo. Il Santo Uffizio seguì attentamente anche il dibattito criminologico che si sviluppava intorno al tema della follia. Sin dall'antichità nella dottrina giuridica, da sempre interconnessa con la teologia in materia di atti criminosi, si distingueva tra furiosus e mentecaptus<sup>125</sup> stabilendo che il primo possedesse dei momenti di lucidità e che il secondo invece vivesse uno stato permanente di follia e irresponsabilità. La difficoltà, anche in questo caso, restava sempre quella di identificare con chiarezza chi fosse veramente folle e chi no, e quale pena o castigo somministrargli qualora fosse stato ritenuto colpevole. Nella maggior parte dei casi, nella giurisprudenza, si procedeva cercando di isolare le azioni e i gesti che si riteneva una persona sana non avrebbe mai compiuto, di valutarli e descriverli in schemi teorici e trattati scientifici. Solo verso l'inizio del seicento si iniziò a ragionare di una relazione intercorrente tra quantità della pena e qualità della follia<sup>126</sup>, andando oltre la distinzione tra furioso e mentecatto e arrivando all'ipotesi di diversi gradi di responsabilità. Paradossalmente la congregazione del Sant'uffizio si mostrò sensibile al dibattito in corso, arrivando a stabilire

---

<sup>124</sup> N. Eymericus, F. Peña, *Il manuale dell'inquisitore*, Fanucci, Roma 2000, p.145.

<sup>125</sup> J. Céard, *Folie e démonologie au XVI siècle*, in (a cura di) A. Gerlo, *Folie e déraison*, Colloque International, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles 1976, pp.129-48.

<sup>126</sup> C. Colombero, *Un contributo alla formazione della nozione di malattia mentale: le "Questioni medico-legali" di Paolo Zacchia*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982, pp. 317-329.

punizioni per chi compisse atti illeciti non solo in base alla gravità del delitto, ma anche in base alla qualità della follia.

Altro elemento che contribuiva a rendere solida e complice la relazione tra Ospedale e Autorità religiose era il fatto che venissero inviate e internate nel Santa Maria della Pietà persone ritenute indemoniate o possedute e che al suo interno venissero autorizzate le pratiche di esorcismo<sup>127</sup>. Il domanda che dominava la riflessione dei medici e degli esorcisti era se effettivamente il diavolo potesse insinuarsi dentro i corpi e se questi corpi fossero già predisposti ad accoglierlo, in quanto corpi di soggetti vittime dell'umor melanconico. L'argomento della melanconia era antico e diffusamente trattato nei manuali medici e demonologici<sup>128</sup>. Essa non era considerata pazzia vera e propria, piuttosto era considerata come un'attitudine, una predisposizione dell'anima che avrebbe potuto sfociare nella follia<sup>129</sup>. Appariva così sempre più complicato distinguere tra folle, indemoniato o finto indemoniato nonostante si cercassero degli indicatori di riconoscimento<sup>130</sup>. Il medico Zanetti ad esempio parlava di folli come “*esclusi che parlavano a sproposito*”<sup>131</sup> e quindi completamente bloccati nella relazione con l'altro, a differenza degli ossessi che invece comunicavano con il medico o l'esorcista.

I disturbi mentali e le affezioni misteriose continuavano a prestarsi all'intervento di varie figure professionali in una mescolanza di rimedi, farmaci, pratiche magiche e esorcistiche che spesso avevano le stesse radici. Si notino ad esempio le pratiche di evacuazione praticate sia dai medici, che speravano con esse di espellere gli umori negativi, che dagli esorcisti, che con vomiti e purganti speravano di eliminare il diavolo<sup>132</sup> dai corpi. Nonostante i sacerdoti avessero il divieto di esercitare pratiche mediche<sup>133</sup> nei rituali spesso se ne facevano uso e nonostante le pratiche esorcistiche fossero limitate dal Rituale e dalla *Instructio*<sup>134</sup> nei processi di stregoneria,

---

<sup>127</sup> ASMP, Archivio generale/VII/40, f.50v, 7 novembre 1615.

<sup>128</sup> R. Burton, *The Anatomy of Melancholy*, Clarendon Press, Oxford 1994, III, p. 433.

<sup>129</sup> R. Klibansky, E. Panofsky, F. Saxl, *Saturno e la melanconia. Studi di storia nella filosofia naturale, religione e arte*, Einaudi, Torino 1983.

<sup>130</sup> F. Canale, *Del modo di conoscer et sanare i maleficiati, et dell'antichissimo, & ottimo uso del benedire: trattati due. A quali sono aggiunte varie Congiurationi e Essorcisimi contro la tempesta, & cattivi tempi mossi dagli spiriti*, Santo Zanetti, Stampator Episcopale, Brescia e Trento 1638, p.5.

<sup>131</sup> L. Roscioni, *op.cit.*, p.197.

<sup>132</sup> P. Camporesi, *La carne impassibile*, il Saggiatore, Milano 1991, pp. 138-140.

<sup>133</sup> G. Romeo, *Esorcisti, confessori e sessualità femminile nell'Italia della Controriforma*, Le Lettere, Firenze 1998, pp. 88-89.

<sup>134</sup> *Ivi*, pp. 110-111.

esse erano tollerate e a volte ritenute necessarie. Le due pratiche, spirituale e terapeutica, si mescolavano quotidianamente a conferma di quel carattere di indefinitezza che ancora caratterizzava la malattia mentale e il malato, sempre in bilico tra passioni e umori di varia provenienza (bisogno, povertà, spiriti, follia). I bagni freddi, i salassi, l'isolamento erano strumenti applicati anche per verificare o smascherare la presunta o finta santità, il misticismo, la possessione diabolica. Quest'ultima in particolare negli anni divenne una particolare rappresentazione della malattia mentale, che se da una parte riguardava l'internato con il suo sistema di credenze e valori, dall'altra riguardava anche la Chiesa e la sua necessità di ribadire il controllo sullo "spirito", e i medici, preoccupati di valutare le esternazioni del comportamento dei posseduti come sintomi di una patologia da inserire negli schemi nosografici. Le tradizioni popolari si intrecciavano con le ambizioni mediche e scientifiche e le terapie mediche convivevano con quelle magiche.

### ***1.3 Il '600 e le Regole Barberiniane***

#### ***Verso la razionalizzazione dell'Ospedale***

L'Ospedale Santa Maria della Pietà rappresenta un'esperienza tutta romana di vivere la follia. Pur se caratterizzato fin dall'inizio da una forte spirito caritatevole e profondamente legato alle autorità religiose, non può essere considerato semplicemente come il tentativo di far sopravvivere un sistema di assistenza e beneficenza, o meglio un sistema di "*sedimentazioni arcaiche*"<sup>135</sup>, destinato nel tempo a scomparire. Questa Istituzione infatti ha avuto la capacità di modificarsi negli anni e di adeguarsi nelle funzioni e nelle pratiche alle diverse e mutevoli esigenze sociali. Nonostante le crisi economiche, gli ostacoli, le carestie, i cambiamenti culturali e le forti difficoltà organizzative l'Ospedale è riuscito a sopravvivere e a reinventarsi sempre con nuove regole e finalità.

---

<sup>135</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.170.

I dati raccolti nell'archivio, raccontano che la struttura del Santa Maria della Pietà agli inizi del seicento, versava in condizioni sconfortanti. Dalla Visita Apostolica<sup>136</sup>, programmata nel 1630 per monitorare le attività svolte e verificare se rispondessero ai valori di carità che avevano determinato la fondazione dell'Istituto, emergeva la necessità di un forte cambiamento, sia nella struttura dell'Istituto, sia nell'organizzazione della Confraternita. La situazione si presentava drammatica. Non vi erano, secondo quanto affermava la relazione, né camere, né cortili, né stanze idonee a dare adeguata ospitalità<sup>137</sup> ai pazzi. *“Per l'angustia in che si trova et per l'immonditia che causano quelli poveri infermi ne nasce una puzza che noce grandemente non solo a essi infermi, ma anco alli vicini”*<sup>138</sup>. Non risultavano medicine adeguate, scorte di cibo sufficienti e un medico ordinario in grado di monitorare il decorso ospedaliero dei ricoverati. L'Ospedale sembrava essere in una fase di crollo tanto da spingere la Congregazione a ragionare su un eventuale trasferimento di sede presso altri Ospedali romani, quali il Santo Spirito e il San Giacomo, dotati di spazi più ampi e comodi. La congiuntura negativa, tuttavia, si rivelò passeggera e non determinò nessun trasferimento di sede. Si preferì lavorare sull'organizzazione interna dell'Istituto. Si identificarono e regolarizzarono sedici ufficiali che avrebbero avuto il compito di gestire al meglio l'Ospedale e le loro mansioni furono stabilite nei regolamenti interni. Figurano, tra gli ufficiali: il prelado, il sacerdote, l'avvocato, il medico, il priore, il computista, l'economista, il cappellano, il mastro dei pazzi e la priora.

Gli atti della Visita<sup>139</sup> testimoniano anche l'aumento del numero dei ricoverati. Si arrivò dai 46 del 1596 ai 64 del 1630, di cui 43 uomini e 21 donne. Si specificò che dei ricoverati, 16 pagavano la retta a spese proprie, 10 erano a carico pubblico ed altri 9 erano presenti nell'Ospedale, senza ulteriori indicazioni. L'Ospedale sembrava intenzionato a riprendere nuovo vigore e a voler dominare la scena romana dell'assistenza. Decisivo fu al riguardo l'intervento delle autorità ecclesiastiche. Nel 1623, dopo che si sciolse la Confraternita originaria (1599), il Papa Gregorio XV attribuì al Cardinale Scipione Borghese, già Protettore

---

<sup>136</sup> M.G. Ruggero Pastura, *Una visita del 1592 all'ospedale dei pazzi di Roma*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», XXXII, 1, 1972, pp. 47-67.

<sup>137</sup> *Ibidem.*

<sup>138</sup> *Ibidem.*

<sup>139</sup> *Ibidem.*

dell'Ospedale il diritto di giudicare tutte le liti, le controversie e cause in cui l'Ospedale risultava coinvolto, civili o penali, semplici o miste<sup>140</sup>. Con questa attribuzione l'Istituto fu sottratto alla giurisdizione di ogni tribunale e se da una parte ottenne ampia autonomia dall'altra si legò sempre più fortemente all'autorità del Cardinale e alla linea ecclesiastica.

### ***Le Regole Barberiniane***

Qualche anno dopo, nel 1635, l'Ospedale fu segnato da un altro evento decisivo per il suo sviluppo: l'emanazione delle Regole Barberiniane ad opera del Cardinale Francesco Barberini<sup>141</sup>, Cardinale Protettore dell'Ospedale, nominato dal Pontefice, suo zio, Urbano VIII. Gli ultimi dieci anni della vita dell'istituto, avevano visto susseguirsi rispettivamente la bolla di Gregorio XV, la visita apostolica del 1630 e le Regole Barberiniane, a conferma della volontà di rimettere in ordine la struttura, partendo dall'alto.

Le norme “*Regole e ordini per il buon governo della Chiesa et Ospitale della Santissima Pietà, dove si governano e mantengono gli uomini e donne pazze della città di Roma in Piazza Colonna, stabiliti primo dì di ottobre 1635*” si caratterizzarono per un approccio repressivo e segnarono un chiaro punto di rottura con il passato. L'incipit era molto forte “*Havendo Sua eminenza inteso con particolare sentimento di disgusto, che per il buon governbo di detto luogo non sieno fin'hora stabilite le regole , e gli ordinij necessari da osservarsi, ha ordinato che si formino, e mettino in uso, acciò opera così pia e santa venga da tutti amministrata con quella carità che si conviene*”<sup>142</sup>. Si esplicitò in esse che i membri della Congregazione dovevano essere otto e che uno di essi doveva essere spagnolo (in onore del fondatore) e che a turno uno degli otto, doveva svolgere la mansione di “mensario” e controllore delle attività dell'Ospedale, impartendo ordini e direttive. I compiti dei membri della Congregazione erano rigidamente stabiliti. Uno doveva essere sacerdote, un altro avvocato, un altro si sarebbe dovuto occupare della struttura e del fabbricato, uno della contabilità e uno della gestione del guardaroba e dei

---

<sup>140</sup> Bolla Ex injuncto Nobis desuper Apostolicae del 1 aprile del 1623, in ASV, Misc. Arm. IV, t.9, ff. 100r-101v.

<sup>141</sup> ASMP, Archivio generale, f. 30r, Regole et ordini per il buon governo della Chiesa et hospitale della Santissima Pietà, dove si governano e mantengono gli huomini e donne pazze della città di Roma, in piazza Colonna, stabiliti al 1 ottobre 1635. D'ordine dell'Eminentissimo signor Cardinale Francesco Barberino Protettore, in Roma, dalla Stamperia della Reverenda Camera Apostolica, MDCXXXV.

<sup>142</sup> *Ibidem*.

vestiti dei poveri. Venne ufficializzata, con esse, anche la figura professionale del mastro de' pazzi al quale fu riconosciuto un compenso mensile di 15 giulii. Egli era tenuto, oltre che a gestire la dieta e i medicinali dei ricoverati, a garantire l'ordine e la tranquillità nell'Istituto. In linea con la visione del medico Salviani<sup>143</sup>, che operava in quegli anni all'interno dell'Ospedale, i matti potevano e dovevano essere all'occorrenza legati mani e piedi, soprattutto se melanconici e maniaci, non solo per impedire comportamenti inadeguati, ma anche come possibile cura. Il folle attraverso lo spavento poteva distrarsi dalle proprie fantasie. La tecnica di carattere intimidatorio era parte centrale del compito del mastro de' pazzi. *“L'ufficio del mastro dei pazzi è di haver cura di tutti i pazzi e particolarmente di tener ciascuno d'essi giornalmente nel modo che conoscerà il bisogno loro, cioè o liberi per la casa, o legati nella stanza co' ferri a' piedi, o incatenati a letto o nella stanza della paglia, secondo che saranno aggravati, e secondo che si anderanno sollevando facendone prima buona esperienza. Dovrà Haver sempre seco il nervo solito da batterli secondo il solito. Avvertendo di non batterli mai con altro che non detto nervo, e di detto nervo si servirà più per farsi temere, e per minacciar botte, che per dare effettivamente”*<sup>144</sup>. Il mastro dei pazzi, più che somministrare frustate, doveva prevalentemente minacciarle, doveva avere qualità idonee a svolgere le proprie mansioni e doveva essere prudente e discreto<sup>145</sup> nell'esercizio del suo compito. Egli era posto sotto il controllo del mastro di casa, che doveva vigilare sul fatto che non maltrattasse troppo i ricoverati e che ci fosse massima compostezza nello svolgimento delle sue funzioni<sup>146</sup>. La preoccupazione principale era quella di salvaguardare il decoro dell'Ospedale e di evitare che si creassero scandali.

In questi anni si riscontrarono anche tracce dell'attività di cura all'interno dell'Istituto e di alcune terapie praticate sugli internati<sup>147</sup> da personale salariato e gerarchicamente controllato<sup>148</sup>. Una particolare *decenza* era ritenuta fondamentale per le donne internate, che si

---

<sup>143</sup> Salviani operò presso il Santa Maria della Pietà per circa 10 anni e nel 1588 pubblicò una raccolta di saggi in forma di lezione, di cui una riguardava l'esperienza svolta presso l'Ospedale Romano. (cfr. S. Salviani, *op. cit.*, pp. 95-192).

<sup>144</sup> ASMP, Archivio generale, Regole, f 30r “Del mastro de Pazzi, Cap. VI”, pp. 9-10.

<sup>145</sup> *Ibidem*.

<sup>146</sup> *Ivi*, “Del mastro di casa. Cap. V”, pp.8-9.

<sup>147</sup> Regole, in ASMP, Archivio generale, f. 30r , Del Medico, Speciale, e barbiero. Cap. XVIII, p.15.

<sup>148</sup> Secondo le Regole il personale doveva essere costituito dai seguenti salariati: il mastro di casa, coadiuvato da un sotto mastro di casa, che assolveva anche ai compiti una volta svolti dal camerlengo, il cappellano, il mastro

trovavano in un luogo separato dal resto dell’Ospedale. Le Regole esplicitavano che *“si mettano le donne pazze in un sito appartato dell’hospitale, e totalmente remoto, e chiuso, e nel quale non si possa entrare solo per una porta, né vi sia finestra alcuna che partecipi coll’hospitale degli huomini. Dette donne saranno sotto la cura e custodia della priora, la quale terrà la chiave di detta porta, e non l’aprirà mai (...). Si haverà in luogo opportuno una ruota all’usanza di quelle delle monache per la qual, mattina e sera, e sempre, che bisognerà, si daranno dentro per le donne il mangiare, il bere e altre cose necessarie”*<sup>149</sup>. Alle donne non era quindi vietato solo il contatto con gli uomini, ma anche con il mondo esterno. *“La priora non dovrà mai per caso alcuno lasciar entrar dalle donne alcuno de pazzi, né degli ufficiali dell’hospitale, solo che il mastro di casa e il cappellano, né forestiero alcuno, o sia donna, o sia huomo, solo secondo l’ordine e la regola che in ciò gli darà il mensario, e si eccettua il mastro de pazzi, che dovrà chiamare quando ne havesse bisogno per qualche donna furiosa”*<sup>150</sup>.

I membri della Congregazione non risultavano direttamente impegnati nella gestione dell’Ospedale, ad eccezione del periodo in cui svolgevano il turno da mensario. Essa fu invece affidata ad ufficiali salariati esterni alla Congregazione. Gli ufficiali furono distinti in “interni” o “esterni” a seconda del fatto che vivessero dentro o fuori l’Ospedale. Il medico era un salariato che doveva visitare i malati che entravano nell’Ospedale, ordinare le purghe necessarie, curare le malattie ordinarie e, laddove lo ritenesse opportuno, ordinarne il ricovero in altri ospedali o istituti.

### ***Dall’assistenza alla custodia dell’ordine pubblico***

La povertà e lo stato di indigenza non erano più le uniche caratteristiche da possedere per essere accolti nell’Ospedale Romano. Per i criteri di internamento le Regole stabilirono che *“nell’hospitale si riceverà ogni persona, così huomo come donna mentre sia pazza: l’esser pazzo s’intende che faccia pazzie formali, come di dare o gridare di continuo senza causa,*

---

dei pazzi, il dispensiero e “guardarobba”. A questi ufficiali si aggiungevano la priora delle donne, un computista, il medico ordinario salariato e l’esattore, che era colui che raccoglieva le elemosine ordinarie e le rette in favore dei pazzi. Il procuratore, il notaio, lo speciale e il barbiere erano invece pagati occasionalmente, a seconda delle prestazioni.

<sup>149</sup>Ivi, “Delle donne. Cap.IX.” pp.12-13.

<sup>150</sup>Ibidem.

*buttar via robba o simili; e non di ogni poco di perturbatione di mente, come di essere un poco scemo o di parlare alle volte allo sproposito, perché l'ospedale deve ricevere solo quelli che non possono stare altrove senza gran danno del prossimo*<sup>151</sup>. La povertà non era più attribuito necessario ed esclusivo per il ricovero, al contrario si prevedeva la possibilità del ricovero per le persone che avessero “*commodità*” di pagamento. E tanto più era alta la retta, tanto più sarebbe stata migliore l'assistenza<sup>152</sup>. La follia così veniva svincolata dalle condizioni economiche della persona e si traduceva per tutti nella manifestazione pubblica di comportamenti strani. L'internamento era quindi ritenuto necessario per le persone che non potevano dimorare in altri luoghi se non nel manicomio per mancanza di mezzi, di sostegno e di persone adatte e pronte a accudirli. Il folle era dunque una persona pericolosa e sola.

Il senso di pericolo legato alla persona folle è un tema antico. Come si è precedentemente affermato, già nel Medioevo il folle era percepito come una minaccia per la società e la nascita dei ricoveri permise di convertire questo senso di fastidio e paura in gesti di carità e assistenza. Il filo conduttore restava comunque e sempre la necessità di esclusione del pazzo dalla società “dei sani”. Come affermavano esplicitamente gli Statuti del 1563 l'Ospedale oltre ad accogliere i poveri e i pazzi abbandonati aveva anche il compito di tenere lontano dalla strada “vagabondi e pericolosi”. Osservava J.S. Wolf che il termine povero nel '500 “*oscillava in modo ambiguo tra il merito religioso e il disgusto fisico, tra la preoccupazione morale e la crescente ostilità verso accattoni e vagabondi, che rappresentavano una minaccia potenziale*”<sup>153</sup>. La mendicizia era percepita come una squallida forma di esistenza e i matti allontanati e reclusi per preservare la tranquillità cittadina<sup>154</sup>.

Le Regole ben incarnavano lo spirito del tempo e spinsero l'Istituto verso posizioni sempre più restrittive e repressive. Se da una parte appariva chiaro il filo rosso che accompagnava il mandato sociale dell'Ospedale (l'esclusione), dall'altra continuava ad essere ancora più incerta e indefinita la figura del folle. Il “compiere pazzie formali” e l'essere pericolosi non erano criteri stabili e fissi, in grado di far identificare con certezza le persone da

---

<sup>151</sup> Ivi, «Regole da osservarsi in generale», p.17.

<sup>152</sup> Regole et ordini, in ASMP, «Regole da osservarsi in generale», ff. 102-112v. par.1, p.17.

<sup>153</sup> J.S. Wolf, *Porca miseria, Poveri e assistenza nell'età moderna*, Laterza, Roma-Bari 1988, p.21.

<sup>154</sup> B. Geremek, *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Laterza, Roma-Bari 1986.

internare. Un tentativo di definizione scientifica a riguardo fu posto in essere dal medico Paolo Zacchia, operante presso il Santa Maria della Pietà. Nel 1624 introdusse un modello classificatorio che individuava il folle nei sintomi *del furor e dell'essere furiosi*<sup>155</sup>, descrivendolo in modo esplicito come un essere socialmente pericoloso e privo di responsabilità per i suoi gesti, riconoscibile attraverso la manifestazione di una varia tipologia di comportamenti e necessariamente da rinchiodere<sup>156</sup>.

Le Regole testimoniavano l'avvenuta sostituzione dell'originario spirito filantropico e caritatevole dell'Ospedale con gli atteggiamenti custodialistici, legati maggiormente alle finalità di ordine pubblico e di sicurezza<sup>157</sup>. Lo scopo di cura sembrava progressivamente sfumare e scomparire, a vantaggio quasi esclusivo di quello di custodia. L'obbiettivo primario diventava quello di rinchiodare ed allontanare chi creava caos, scompiglio e turbamento. Gli aspetti pietistici si acuiscono in atteggiamenti segregativi e punitivi<sup>158</sup>. I folli dovevano essere isolati e costretti dentro le mura dell'istituto, tra lavoro e partecipazione alle funzioni religiose. È in questo contesto che il Santa Maria della Pietà diventa ufficialmente "*l'Hospitale de' pazzi della città di Roma*". Nato come una delle tante opere pie e di carità della Roma del cinquecento, per volere di gentiluomini religiosi, si trasformò in un Istituto ben definito negli obiettivi e nell'attività, forte del riconoscimento delle massime autorità religiose e protetto da uno dei Cardinali più potenti di Roma.

#### ***4. Il '700 e il trasferimento in Via della Lungara***

##### ***Un secolo di passaggio***

La storia del Santa Maria della Pietà è una storia complessa e difficile da tracciare. Nonostante l'analisi delle trasformazioni sociali e dei mutamenti che hanno attraversato la

---

<sup>155</sup> J. Postel, C. Quézel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris 2004.

<sup>156</sup> V. Fiorino, *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà. Il profilo istituzionale e sociale (1558-1919)*, in «Mélanges de l'École française de Rome: Italie et méditerranée», 116, 2, 2004, p. 841.

<sup>157</sup> P. Simoncelli, *Note sul sistema assistenziale a Roma nel XVI secolo*, in G. Politi, M. Rosa, F. Della Peruta (a cura di), *Timore e carità: i poveri nell'Italia moderna: atti del convegno «Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani»*, Ed. Libreria del Convegno, Cremona 1980, pp.157-164.

<sup>158</sup> V. Fiorino, *op.cit.*, p. 838.

società italiana, resta alquanto difficoltoso parlare di storia della follia in senso proprio. Parlare di follia non significa infatti parlare di malattia “vera e propria”<sup>159</sup>, né di un disturbo organico fisso e stabile nella percezione psichiatrica e sociale del tempo. Fare la storia Santa Maria della Pietà vuol dire essere consapevoli di queste difficoltà e cercare di procedere tenendo presente il fatto che l’Ospedale Romano è stato un’istituzione che più che riflettere il pensiero medico del tempo, ha rappresentato una mentalità e un modo di interpretare la follia da parte di tutta la società.

Il settecento si presenta come un secolo di passaggio per la storia dell’Istituto Romano perché si colloca tra una prima fase, dove il folle era assimilato al vagabondo e al povero e dove la psichiatria non esisteva come disciplina scientifica, e una seconda fase dove si iniziava a parlare di follia come malattia organica e la psichiatria iniziava ad emergere come campo di studi idoneo ad osservare, comprendere e curare la malattia mentale. Definito come secolo della “*correzione*”<sup>160</sup>, concentrava i propri interventi nell’attività di reclusione e correzione di tutte le persone ritenute colpevoli di aver profanato l’etica pubblica e che si erano pubblicamente allontanate dai comportamenti da buon cittadini come gli omosessuali, i poveri, i bestemmiatori, i dissoluti, i libertini, le donne non sposate, gli eretici<sup>161</sup>. L’Ospedale de’ pazzarelli era quindi chiamato a svolgere una funzione di regolazione sociale in grado di decidere della libertà delle persone. L’importante ruolo attribuitogli e il crescente numero di internamenti permisero alla nascente classe medica-psichiatrica di cogliere le potenzialità di sviluppo degli studi nell’ambito della follia, in grado di offrire prestigio non solo sotto il profilo medico, ma anche e soprattutto sociale. “*A poco a poco questa prima percezione della follia si sarebbe organizzata ed infine perfezionata in una coscienza medica che avrebbe formulato come malattia della natura ciò che fino ad allora era riconosciuto unicamente nel malessere della società*”<sup>162</sup>, come sottolineava Foucault. L’oggetto di studio della psichiatria, la follia, preesisteva alla scienza stessa. La follia era percepita e gestita prima ancora che potesse essere rinchiusa in una scienza positiva. Così come le strutture e le misure di internamento, che sono esistite prima della loro definizione scientifica sui manuali. Esse, come la follia, avevano

---

<sup>159</sup> A. De Bernardi, *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell’Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982, p.11.

<sup>160</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.169.

<sup>161</sup> *Ibidem*.

<sup>162</sup> *Ivi*, p. 159.

trovato origine nei meccanismi di esclusione sociale e di allontanamento del diverso, costruendo tramite l'atto stesso della segregazione la separazione del folle, prima povero, poi pericoloso, da tutto il resto del mondo.

### *Verso la reclusione e la detenzione*

Nel corso del '700 l'internamento diventa uno strumento di demarcazione e separazione della ragione dalla sragione. La follia ormai era parte del mondo sociale, appariva e si manifestava con comportamenti "fuori dal comune". Essa comprendeva nella sua interpretazione generale i tabù sessuali, i veti religiosi, la libertà di pensiero e costruiva un'esperienza morale della sragione in grado di porre le basi per una conoscenza scientifica della malattia mentale. Una volta trovata, però, la follia andava catturata, isolata e se possibile corretta e ciò non poteva avvenire se non si metteva in moto la potente macchina dell'esclusione con i suoi strumenti. Esisteva quindi uno stile, un determinato modo di comportarsi che preesisteva all'internamento e che una volta manifestato rendeva necessaria la misura segregativa. L'internamento, le pratiche di internamento e l'internato non erano quindi separabili, si intrecciavano continuamente tra loro, fornendo le basi e i presupposti per l'esperienza della correzione. I folli erano persone con "*disordini di costume o di spirito*"<sup>163</sup>, che condizionavano la loro buona condotta e che li potevano condurre a gesti estremi e non legittimati dalla società, sia nella forma della malattia che del crimine. Il folle non era più vicino nell'immaginario al povero errabondo. Il folle era espressione della sragione tanto quanto il criminale.

Queste riflessioni aprirono la strada nel corso del '700 ad un intenso dibattito tra psichiatria e tribunali penali e civili fino a spingere questi ultimi a vedere nel carattere reclusorio dell'Istituto un efficace strumento di correzione. Cresceva conseguentemente anche l'attenzione giuridica verso le devianze ritenute legate alla follia. Il demente, in quanto privo di ragione, era considerato "*per sua natura propria privo di libertà*"<sup>164</sup>, i furiosi erano equiparati

---

<sup>163</sup>*Ibidem*, p. 198.

<sup>164</sup> G. B. Scanaroli, *De visitatione carcerato rum Libri tres*, in C.C. Fornili (a cura di), *Delinquenti e carcerati a Roma alla metà del '600*, Editrice Pontificia Università Gregoriana, Roma 1991, pp. 121-123.

ai morti<sup>165</sup>, il demente che compiva un atto ritenuto delittuoso era valutato assolvibile sotto il profilo giuridico, ma non dalla condanna “*della follia*”<sup>166</sup>. La parola che meglio rappresentava la sintesi di questo incontro tra dottrina medica e criminologica era quella di “furioso”. Usata sia dalla giurisprudenza che dalla medicina designava non solo l’uomo che compiva gesti cruenti e praticava la violenza, ma anche una delle forme della follia stessa. Esprimeva una forma specifica di disordine della condotta, dello spirito e dei costumi<sup>167</sup> che si trasformava in rabbia, ma che non poteva essere condannata. Poco interessava se questa rabbia apparteneva al matto o al criminale, l’importante era, non potendo essere condannata tout court, perché irresponsabile, allontanarla dalle strade e chiuderla in manicomio.

Tanti furono i furiosi rinchiusi nel Santa Maria della Pietà in questi anni<sup>168</sup>.

### ***Le modifiche strutturali***

Sotto l’aspetto strutturale questi furono anni di declino per l’Ospedale romano. Non ci furono rilevanti cambiamenti fino al successivo trasferimento della sede in via di Monte Mario. Le relazioni prodotte dai Commendatori di Santo Spirito Bufalini e Erba Odescalchi, nel periodo che va dal 1749 al 1758, ne offrono testimonianza. Si racconta di uno stato di forte affollamento e promiscuità tale da motivare la richiesta da parte di Bufalini<sup>169</sup> delle dimissioni per alcuni ricoverati (invalidi a vita, religiosi, malati non violenti) che avevano bisogno di cura e attenzione, ma in misura diversa da quella offerta nell’Istituto. La denuncia riguardava l’impossibilità di mantenere fede alla vocazione dell’Istituto che doveva essere vero Ospedale<sup>170</sup> curando e assistendo i malati. L’auspicio di Odescalchi invece era quello di riuscire a costruire un Istituto che fosse esclusivo per i “*poveri dementi*”<sup>171</sup>, ossia le persone che procuravano “*un infinito disturbo alla quiete pubblica [...] e che erano di contraria*

---

<sup>165</sup>*Ibidem.*

<sup>166</sup>*Ibidem.*

<sup>167</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.200.

<sup>168</sup> G. Margherini, V. Biotti, *L’isola delle Stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secoli XIV-XVIII*, Ed. Ponte alle Grazie, Firenze 1992, pp.103-145.

<sup>169</sup> La relazione di Mons. Bufalini è in Archivio di Stato di Roma (d’ora in poi ASR), Santa Maria della Pietà, b.1, cc.136-151.

<sup>170</sup>*Ibidem.*

<sup>171</sup> La relazione di Mons. Erba Odescalchi è in ASR, Santa Maria della Pietà, b.1, cc.162-169.

*inclinazione [...] dediti all'esercizio dell'ozio e all'infingardaggine e chi si scomposti e furiosi da non potersi lasciare per un momento in libertà*<sup>172</sup>.

Nella relazione si esplicitarono anche le cure e le terapie somministrate ai ricoverati. La disciplina ferrea era uno strumento idoneo a far comprendere ai ricoverati la drammaticità del loro stato di vita. Li avrebbe stimolati, in virtù del desiderio di cambiamento della loro situazione attuale, a raggiungere uno stato di quiete e calma idoneo a fargli riacquistare il “*senno perduto*”<sup>173</sup>. Più diretto, nella relazione, il richiamo ai rimedi pratici identificati come terapia, quali lo squallore degli ambienti, la solitudine, la nudità, la scarsità di cibo e le punizioni corporali<sup>174</sup>. La punizione e la disciplina erano ancora parte integrante del progetto terapeutico. Nell'Ospedale, in quegli anni, si ragionò anche molto sulle modifiche strutturali e sull'eventualità di un cambio di ubicazione. Papa Benedetto XIII dispose il trasferimento dell'Ospedale dalla sede storica di Piazza Colonna a via della Lungara, sulle sponde del fiume Tevere, contro il parere della Congregazione. Le motivazioni addotte dalla Congregazione per evitare il trasferimento erano relative alla possibilità di aumentare lo spazio dell'Ospedale utilizzando gli stabili ad esso vicino e già affittati, la salubrità dell'aria, il mancato pericolo delle inondazioni, l'abbondanza d'acqua, la centralità urbana, la numerosità della popolazione circostante che poteva contribuire con le elemosine<sup>175</sup> al sostentamento dell'Ospedale. Interessante anche la riflessione sulla valutazione della “*perfetta organizzazione*” della sede di via Colonna, in quanto basata sulla divisione della struttura in due reparti separati, uno per gli uomini e un altro per le donne, non comunicanti e autonomi l'uno dall'altro in tutto e per tutto.<sup>176</sup> Il trasferimento, tuttavia, nonostante l'opposizione della Congregazione fu reso effettivo e fu stabilito un tempo di due anni affinché potesse essere completamente realizzato.

Il Santa Maria della Pietà si spostò presso l'Arciospedale del Santo Spirito<sup>177</sup> e beneficiò della costruzione di due nuovi padiglioni. Il trasferimento effettivo avvenne nel 1728, con 150 malati<sup>178</sup> e comportò per l'Ospedale l'onere del pagamento di un canone per l'utilizzo dei locali del Santo Spirito. Le difficoltà incontrate, a causa della differente tipologia di ricoverati e della

---

<sup>172</sup> *Ibidem.*

<sup>173</sup> *Ibidem.*

<sup>174</sup> *Ibidem.*

<sup>175</sup> A.L. Bonella, *op. cit.*, pp. 29-30.

<sup>176</sup> A. Giannelli, *op. cit.*, pp.93-95.

<sup>177</sup> *Ivi*, pp. 96-98.

<sup>178</sup> G. Valesio, *Diario di Roma 1700-1742*, Longanesi, Milano 1979, p. 776.

doppia gestione, spinsero il Commendatore del Santo Spirito a chiedere al Pontefice di separare le due gestioni. Il Motu Proprio del 12 agosto 1730, di Clemente XII, rispose positivamente alla richiesta stabilendo che “[...] *la detta union si debba intendere fatta principalmente e non accessoriamente, e per quello che semplicemente riguarda la mera soprintendenza, governo e direzione, senza confusione e incorporazione alcuna dei beni e delle entrate di detto ospedale de’ pazzi con quelle spettanti all’archispedale di Santo Spirito e [...] che perciò siano sempre li ben amministrati, entrate e rendite del detto ospedale distintamente e separatamente... per mezzo di ministri libri e conti separati e distinti in maniera che non possano mai in alcun tempo mai per qualunque benché urgente et urgentissima causa impiegarsi e servire le entrate di uno [...] per i bisogni dell’altro*”<sup>179</sup>. Nonostante le due strutture rimasero ubicate negli stessi luoghi e fossero entrambe alle dipendenze del Commendatore del Santo Spirito, il Santa Maria della Pietà, nella figura del mastro di casa (Gabrielli), ottenne una autonoma capacità di gestione che superava di molto il ruolo amministrativo ufficialmente assegnatogli.

Le ulteriori difficoltà, derivanti dall’aumento costante dei ricoveri e dalle scarse finanze, spinsero ancora una volta il Commendatore del Santo Spirito a redigere una relazione dove era evidenziata la ricaduta negativa che il Santa Maria della Pietà aveva sulla struttura complessiva, a causa dei ricoveri dei folli<sup>180</sup>. Nella relazione si sottolineò che il recupero della serenità del ricoverato doveva avvenire attraverso “*la cura morale*”<sup>181</sup> in un ambiente idoneo e che era necessario ipotizzare nuovi percorsi per le dimissioni (affidamento a famiglie o istituti) al fine di gestire meglio il numero dei degenti.

---

<sup>179</sup> A. Giannelli, *op. cit.*, pp. 105-106.

<sup>180</sup> ASR, Santa Maria della Pietà, n.1, cc.136-138 e 149-151.

<sup>181</sup> G. Comascini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari 1988, p. 118-33.

## *1.5 L'800 e la restaurazione pontificia*

### *La liberazione dei matti e della follia*

L'ottocento segna un ulteriore e decisivo passaggio nella storia del Santa Maria della Pietà. Si assiste ad una trasformazione della percezione dell'internamento come strumento di esclusione sociale e all'ingresso della medicina nei manicomi.

L'esperienza francese e la liberazione dei matti operata da Pinel<sup>182</sup> spinsero i politici di tutta Europa e le autorità religiose a reinterpretare gli spazi della follia e della ragione. Una volta spezzate le catene nell'asilo di Bicêtre<sup>183</sup> e liberati i matti dalle condizioni inumane in cui erano costretti a vivere non si poteva più tornare indietro né ignorare quanto il manicomio fosse percepito come mezzo di esclusione sociale a prescindere dalla malattia mentale. Fu necessario ripensarlo e riadattarlo alle mutate esigenze sociali. La società ragionò sulle colpe morali e si mostrò meno categorica nel giudizio relativo ai conflitti familiari e agli aspetti più semplici del libertinaggio<sup>184</sup>. Dissipatori, bestemmiatori, ubriacconi non dovevano più essere condotti e corretti nei manicomi. Essi erano luoghi destinati unicamente ai folli. Questo cambiamento spogliava gli ospedali psichiatrici di una molteplicità di funzioni sociali e li relegava alla sola

---

<sup>182</sup> Philippe Pinel, psichiatra francese, fu un innovatore negli studi sulla follia. Introdusse una nuova concezione del malato mentale separandolo dalle altre figure di emarginati sociali con i quali veniva comunemente associato. Introdusse per primo l'analisi fisiologica della malattia mentale facendola emergere dal clima di mistero e superstizione che fino ad allora l'avvolgeva.

Si laureò all'università di Tolosa in lettere (1772) e medicina (1773). Approfondì la sua preparazione culturale nell'università di Montpellier dove per cinque anni raffinò, assieme al medico professore Paul Joseph Barthez, le sue cognizioni mediche, naturalistiche e matematiche. Trasferitosi a Parigi nel 1778 insegnò igiene e medicina legale e lavorò alla traduzione di opere filosofiche e mediche come quelle del medico dalmata Giorgio Baglivi. Dal 1787 cominciò ad interessarsi all'analisi medica delle malattie mentali e nel 1788 pubblicò *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (Nosografia filosofica, o il metodo dell'analisi applicato alla medicina), opera dove teorizzava la necessità per il medico di scoprire i legami tra le malattie e le mutazioni anatomiche sostenendo che compito dell'indagine medica è ricercare le connessioni tra malattie e alterazioni anatomiche. Per un concorso bandito dalla Société royale de médecine compose un saggio sulla cura delle alienazioni in età adulta che gli procurò il 25 agosto 1793 l'impiego nell'asilo di Bicêtre dove liberò i malati mentali dalle catene che li imprigionavano assicurando loro migliori condizioni igieniche e sanitarie. Gli alienati venivano riconosciuti come malati da curare con l'internamento, che doveva essere stabilito per legge da un certificato medico.

<sup>183</sup> L'ospedale di Bicêtre era situato nel comune di Le Kremlin-Bicêtre, nei sobborghi meridionali di Parigi. In origine fu progettato come ospedale militare, ma fu aperto come orfanotrofio nel 1656. Nel 1885 prese il nome di Hospice de Bicêtre. Nella sua storia è stato usato in modo successivo e simultaneo come orfanotrofio, prigione, manicomio e ospedale. Fu il primo ospedale, nel 1770, a introdurre l'utilizzo della camicia di forza come mezzo di restrizione.

<sup>184</sup> M. Foucault, *op. cit.*, pp. 593-596.

funzione di reclusione per i malati di mente e per le vittime del furore, che così subivano un processo di doppia esclusione sociale. La prima esclusione era dalla società tutta, quella dei sani, la seconda dalle persone che non erano ritenute pienamente integrate nella società di appartenenza, ma che non erano così pericolose da dover essere rinchiusi per sempre dentro i recinti di un manicomio. Questa specializzazione di utenza e di destinazione portò la psichiatria verso una riflessione più calibrata negli interventi e nelle misure da porre in essere per i ricoverati. Se da una parte essi “*avviliscono coloro ai quali si ha l'imprudenza di mescolarli, bisogna riservare loro un internamento speciale, internamento che non sarà medico, ma che deve essere la forma di assistenza efficace e più dolce*”<sup>185</sup>.

Negli anni precedenti il pensiero medico e l'internamento erano rimasti due ambiti separati, quasi estranei tra loro. L'internamento era la cura delle malattie dell'anima e la medicina non entrava, se non in maniera occasionale e sporadica<sup>186</sup>, nei manicomi. Sul finire del XVIII secolo si iniziarono a creare le basi per una prima forma di convergenza tra le due dimensioni. Il fatto che non fosse più così scontato parlare di reclusione incondizionata e indifferenziata e che tutte le categorie di soggetti che prima riempivano i manicomi dovevano essere oggetto di cure e assistenza specifica e differenziata, costringeva il legislatore a porsi delle domande su quale fosse effettivamente lo spazio giusto da destinare ai folli e su quali fossero gli interventi migliori da praticare. I malati di mente non potevano essere lasciati liberi in società, né affidati sempre alle famiglie, spesso prive degli strumenti adeguati per gestirli. Occorreva, ancora una volta, proteggere prima di tutto l'uomo privato. Nel momento in cui l'internamento, nella sua accezione classica, perdeva di valore sociale e i rei di libertinaggio erano espulsi dal manicomio così come i miserabili che avevano una famiglia che poteva prendersi cura di loro, l'Ospedale restava luogo adatto ad accogliere i matti e i prigionieri accusati e condannati, in stato di alienazione mentale. Su tali ospiti doveva calibrare il proprio intervento. Si ragionava quindi di ospedali ideali, asili, perfettamente funzionanti dove la correzione doveva esplicitarsi nella forma del rigore, dell'ordine e della punizione. Un'organizzazione basata sul lavoro e sulla rieducazione, per dirla alla Foucault “*il migliore possibile dei mondi del male*”<sup>187</sup>. Questa struttura ideale e quindi perfetta nelle intenzioni

---

<sup>185</sup> *Ivi*, p. 595.

<sup>186</sup> L. Roscioni, *op. cit.*, p.35.

<sup>187</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.603.

avrebbe dovuto avere anche l'aspetto di una fortezza, completamente chiusa al mondo reale, capace di vivere con le proprie risorse e priva di contatto con l'esterno. Il manicomio diventava un'immagine rovesciata della società della virtù e dei sani. Nonostante la maggior parte di questi modelli interpretativi (Brissot de Warville<sup>188</sup> e Musquinet de la Pagne<sup>189</sup>) rimase nell'immaginazione degli ideatori, le riflessioni svolte a riguardo ebbero una forte ricaduta sociale. Svuotarono il manicomio dalle contraddizioni di una reclusione forzata e indifferenziata e gli attribuirono un significato positivo.

Il manicomio diventava uno spazio sociale definito nei confini, dove per contrasto si esaltavano i principi fondanti della società dei non esclusi. La follia veniva trattata per se stessa, assumeva il rango di un problema sociale, era riconosciuta come tale e soprattutto aveva finalmente un rimedio, l'internamento. Si realizzava così una forma di assistenza intra muros, un aiuto speciale concesso ai folli, a patto che fosse mantenuta la distanza che proteggeva la società dallo spavento che continuava ad accompagnare l'incontro con loro. L'internamento dei folli non era più il simbolo della separazione tra ragione e sragione, ma un compromesso tra diversi sentimenti (pietà e timore), doveri (cura e punizione) e responsabilità (sicurezza e assistenza). Il manicomio più che limite, diventava misura della distanza legittima da mantenere dai sani che desideravano che i folli ricevessero assistenza, ma lontano da loro. Rinchiudere i folli significava quindi proteggere la società dal pericolo che rappresentavano e mediare tra le esigenze di esclusione e di cura.

Iniziava il percorso di ospedalizzazione dei manicomi. Al loro interno convivevano le pratiche mediche e l'internamento stesso. Le cure erano somministrate nel luogo dove si prescriveva l'esclusione, finché il ricoverato era ritenuto malato. *“Soltanto dopo aver esaurito tutte le risorse possibili si può acconsentire alla sgradevole necessità di togliere a un cittadino la sua libertà”*<sup>190</sup>. L'internamento non doveva più essere abolizione totale e assoluta della libertà, ma libertà controllata, ristretta e organizzata, in grado anche di guarire, in alcuni casi, il ricoverato. L'internamento, così organizzato, era esso stesso un rimedio, una possibilità, una

---

<sup>188</sup> B. de Warville, *Théorie des lois criminelles*, II Vol., Desauges, Paris 1781, pp. 183-185.

<sup>189</sup> M. de la Pagne, *Bicêtre réformé, ou l'établissement d'une maison de discipline*, Paris 1790, pp. 10-11.

<sup>190</sup> J. Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, De l'imprimerie de Ph.-D. Pierres, premier impr. ordinaire du Roi, Paris, IV Memoria, 1788, p.212.

cura. Il medico Tenon scriveva in merito “*il primo rimedio consiste nell’offrire ai folli una certa libertà, in modo che essi possano abbandonarsi misuratamente agli impulsi naturali*”<sup>191</sup>.

La percezione dell’internamento era cambiata e con essa anche la percezione della follia. Nel milieu chiuso dell’Ospedale la follia aveva la possibilità di esprimersi e manifestarsi liberamente, così da essere riconosciuta, isolata e osservata. Secondo l’opinione medica (Tenon<sup>192</sup> e Cabanis<sup>193</sup>) di primo ottocento la libertà controllata, rinchiusa in un luogo sicuro, aveva un forte valore terapeutico. L’immaginazione era il luogo dove si formava l’errore ed era la principale responsabile delle malattie dello spirito. Più l’uomo era costretto e incatenato più la sua immaginazione vagava e le sue pulsioni erano sregolate. Di qui il valore terapeutico della libertà fisica dentro il manicomio, che differentemente delle catene, bloccava l’immaginazione mettendola a confronto diretto con la realtà. L’internamento e la libertà circoscritta, erano quindi fattori di guarigione. L’internamento e l’Ospedale diventavano per la prima volta parte della medicina, agenti di guarigione.

### ***La Consulta Straordinaria per la riforma delle istituzioni***

I rilevanti cambiamenti che ebbero luogo in Francia circa i manicomi, la mutata percezione dell’internamento, l’evoluzione del pensiero psichiatrico ebbero eco anche in Italia. Il processo di ospedalizzazione della follia, la necessità di eliminare gli strumenti di contenzione, la volontà di riorganizzare gli spazi e le strutture della pazzia, furono tutti aspetti che nel corso dell’ottocento si intrecciarono nella vita del Santa Maria della Pietà. Tuttavia lo stretto rapporto che nel corso degli anni l’Ospedale romano aveva intrattenuto con la Chiesa e i cambiamenti politici in atto impedirono che la rottura con il passato fosse definitiva e coerente e soprattutto non svincolarono l’Istituto dalla soggezione al potere religioso, tranne che per brevi periodi. La Curia romana continuò a dirigere la struttura e a influenzarne le scelte.

---

<sup>191</sup> J. Tenon, *Projet de rapport au nom du comité de secours*, B.N., Imprimerie Nationale, Paris, f. 232.

<sup>192</sup> J. Tenon, *Mémoires*, cit., p. 212.

<sup>193</sup> P.J. Cabanis, *Rapport adressé au Département de Paris par l’une de ses membres sur l’état des folles détenues à la Salpêtrière*, in A. Tuetey, *L’assistance publique à Paris pendant la révolution*, Imprimerie Nationale, Paris, 1789-1791, Vol.IV, tomo III, pp. 492-494.

È necessario affinché siano chiari i passaggi e percepibili le fasi di innovazione e recessione che caratterizzarono il Santa Maria della Pietà nel corso dell'ottocento ripercorrere i principali accadimenti storici e politici che si verificarono lungo questo secolo, attraverso la lettura di documenti amministrativi, regolamenti, decreti, lettere che mostrano una specificità tutta romana.<sup>194</sup> Il 17 maggio 1809 un decreto imperiale cancellò lo Stato della Chiesa, proclamò Roma città libera e imperiale e istituì la Consulta Straordinaria per gli Stati Romani con il compito di avviare il processo di riforma delle istituzioni<sup>195</sup>. La Consulta avrebbe dovuto svolgere il proprio compito di riorganizzazione e ristrutturazione in sei mesi, ma successivamente i tempi furono prorogati. Si posero, in questa fase, le basi per una nuova articolazione delle competenze che dovevano essere divise tra istituzione, famiglia e medico, sostituiti nelle funzioni alla carità. Esquirol descriveva il percorso in atto nella capitale. *“In Roma i dementi abitavano in una specie di carcere ed erano custoditi da veri carcerieri. Nel 1809 il signor De Gerando raddolcì il loro trattamento, elesse un medico che dovesse visitarli e curarli e vi pose in uso la camicia di forza. Il dottor Fljani ebbe quest'onorevole incarico, che molte circostanze rendevano difficile e pericoloso, dovendo prima di operare il bene che quel dotto francese proponevasi, molti pregiudizi dileguare”*<sup>196</sup>. La Consulta proseguì il lavoro emanando nel 1810 il “Regolamento per l'amministrazione degli stabilimenti di beneficenza”. Il Santa Maria della Pietà rientrò nella Divisione degli Ospedali, la quale ipotizzò un suo trasferimento in una sede valutata più idonea alla cura dei malati.

### ***La medicalizzazione dell'Ospedale***

Il trasferimento programmato per il Santa Maria della Pietà non ebbe luogo e l'Ospedale iniziò il percorso medicalizzazione della follia<sup>197</sup> sotto la direzione del medico Alessandro Flajani. Si passò da una concezione della follia come stato di alterazione dell'anima, “*una*

---

<sup>194</sup> G. Riefolo, T. Losavio, *Tra ottocento e novecento. La psichiatria italiana attraverso i documenti clinici di Santa Maria della pietà*, in AA.VV. (a cura di), *op. cit.*, Vol.II, pp. 157-166.

<sup>195</sup> F. Garofalo, *L'insegnamento e l'esercizio della medicina negli Stati Romani durante l'occupazione napoleonica (1808-1814)*, in «Huma Studia», serie III, 1953, V, 1.

<sup>196</sup> E. Esquirol, *Delle Case dei pazzi*, Tip. Ducale, Parma 1827, p. 25.

<sup>197</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra otto e novecento*, Marsilio, Venezia 2002, p. 7.

*disarmonia morale vagamente afferente anche all'ambito religioso, o una realtà oscura che poteva comunque giustificare la separazione dal corpo sociale*<sup>198</sup>, a una concezione della follia come malattia organica che doveva ricadere all'interno delle competenze mediche<sup>199</sup>. Il Dottor Flajani riuscì a porre in essere le prime riforme nell'Istituto romano, sulla scia delle trasformazioni della cultura psichiatrica che si stavano realizzando in tutta Europa, in particolare in Francia. Per la prima volta si iniziava a discutere anche al Santa Maria della Pietà di un progetto terapeutico che avesse come utenza specifica i folli. Flajani, pur non essendo medico alienista, colse il valore delle trasformazioni in atto e consapevole dell'arretratezza organizzativa del manicomio romano cercò di addolcire il trattamento dei ricoverati<sup>200</sup> e di garantire una maggiore autonomia di azione del medico nell'Istituto. Sotto la sua direzione si stabilì che fosse il medico a provvedere alla regolamentazione delle ammissioni e dimissioni, si introdusse un primo schema di orientamento della classificazione delle malattie mentali e si adottò un registro dove si annotavano non solo i dati anagrafici dei ricoverati, ma anche le osservazioni sul decorso della malattia<sup>201</sup>. Il registro indicava la volontà di tracciare un percorso per il ricoverato che non prevedesse più delle tappe rigide e obbligate, ma che tenesse conto anche delle variabili terapeutiche e della specificità di ogni ricoverato, sulla base di criteri scientifici. Il passaggio rappresentò un momento significativo per l'ospedale se si considera che in Italia, e in particolare a Roma, l'Ospedale dei pazzi era strettamente vincolato al controllo della Chiesa, che interveniva costantemente sulle pratiche di ammissioni e ricovero, anche per controllare le entrate finanziarie dell'Istituto.

### *...E le resistenze alla sua affermazione*

Le difficoltà nel percorso di medicalizzazione della follia restavano tante. Da una parte la dura avversione della Chiesa a una maggiore autonomia della medicina e quindi del direttore, dall'altra l'assenza di risorse finanziarie per porre in essere le modifiche strutturali ed organizzative necessarie. Il massimo risultato raggiunto nelle trattative con il governo fu il

---

<sup>198</sup> *Ibidem.*

<sup>199</sup> F.M. Ferro, *Il Gran Teatro della romana pietà*, in AA.VV. (a cura di), *op. cit.*, pp. 27-39.

<sup>200</sup> G. Riefolo, F. Ferro, *Santa Maria della Pietà, tra assistenza e clinica all'inizio dell'800. Due relazioni di Alessandro Flajani*, in «Lavoro neuropsichiatrico», 1, 1988, pp. 103-115.

<sup>201</sup> *Ibidem.*

pagamento della quota di tre scudi per ogni malato segnalato e inviato dall'autorità pubblica, vincolato al fatto che nell'Ospedale non ci fosse il caso di un disavanzo<sup>202</sup>.

Nel maggio del 1814 rientrò il Pontefice a Roma e si insediò una nuova Commissione Ospedaliera, che immediatamente si mosse in chiave restaurativa. Pur se impossibilitata ad ignorare le nuove esigenze di amministrazione efficiente<sup>203</sup>, si caratterizzò per una linea di intervento non innovativa. Le problematiche più rilevanti dell'Istituto erano legate al costante aumento dei ricoveri, alla mancanza di spazi adeguati e all'uso degli strumenti di contenzione. Francesco Gualandi, alienista e direttore del manicomio di Bologna, che visitò il Santa Maria della Pietà si esprime in termini molto negativi sulla struttura. “*Vidi che il locale è meschino, che le camere de' furenti sono piccolissime, e mal tenute e che i mezzi di repressione sono appresso a poco quelli, i quali purtroppo erano generali in Italia 20 o 30 anni fa*”<sup>204</sup>. Lo psichiatra Carlo Livi, in una successiva visita del 1859, usò toni ancora più decisi per descrivere l'Ospedale “[...] *quell'orrido carcere che si chiama Santa Maria della Pietà*”<sup>205</sup>. La Visita Apostolica, ordinata da Leone XII nel 1824 a Giuseppe Sala<sup>206</sup>, anche confermò le precedenti valutazioni negative dei medici. Segnalava un numero di malati pari a 270 unità<sup>207</sup> e un esiguo numero di personale a disposizione della struttura. Molta attenzione nella Visita fu data agli ambienti e agli spazi, sia rispetto alle dimensioni che all'adeguatezza. Essi vennero valutati inadeguati, sporchi e tetri. Nella descrizione ricorrono anche riferimenti costanti all'uso improprio di catene, camiciole di forza e letti di forza<sup>208</sup>. A conclusione della Visita vennero redatte delle indicazioni per la pulizia e per l'uso cucina e si dispose un consulto di medici per esprimere una valutazione circa l'uso dei letti di forza e le sue implicazioni.

---

<sup>202</sup> A. L. Bonella, *op. cit.*, p. 42.

<sup>203</sup> P. Frascani, *Ospedale e società in età liberale*, il Mulino, Bologna 1986, p.8.

<sup>204</sup> D. Gualandi, *Osservazioni sopra il celebre stabilimento di Aversa nel Regno di Napoli e sopra molti altri spedali d'Italia destinati alla reclusione e cura dei pazzi*, Tipografia delle scienze, Bologna 1823, p.91-92.

<sup>205</sup> C. Livi, *Viaggio a manicomi d'Italia*, in «Il tempo, giornale italiano di medicina», II, vol. IV, fasc. VII, 1859, p.45.

<sup>206</sup> ASR, *Visita degli ospedali di Roma*, n. 39, ff. 1-146.

<sup>207</sup> G. Moroni, *Dizionario di erudizione storico-ecclesiastico da San Pietro ai nostri giorni*, vol. XLIX, Tipografia Emiliana, Venezia 1840-1879, p. 303.

<sup>208</sup> B. Antonietta, *Il Cardinale Giuseppe Sala e la visita apostolica agli ospedali di Roma*, in «Rivista di Storia della Chiesa in Italia», XLI, n.2, 1987, pp. 433-444.

Lo scontro che caratterizzò tutto il XIX secolo fu durissimo e determinato da una parte dalla volontà della classe medica di rivendicare la responsabilità nella gestione delle strutture manicomiale e dall'altra, dalla forte opposizione della Chiesa che considerava le opere di carità come esclusiva propria. Sulla base di questi accesi conflitti e del processo di medicalizzazione in atto, Leone XII, il 3 gennaio 1826, promulgò il Motu Proprio sull'organizzazione degli ospedali romani stabilendo come finalità quella di migliorare la cura spirituale degli infermi, quella di assicurare la cura corporale e quella di garantire un'amministrazione delle entrate chiara ed efficiente<sup>209</sup>. Per l'aspetto più specificamente sanitario sarà il "Regolamento sulle attribuzioni ed obblighi del medico primario e dell'assistente dell'ospedale dei pazzi", emanato il 5 aprile 1827, a dare maggiore organicità alla struttura<sup>210</sup>. Il medico primario e l'assistente erano tenuti, da regolamento, alla visita di tutti i dementi, compresi quelli che avevano altre malattie. L'assistente doveva aggiornare il libro delle visite quotidianamente, farlo visionare dal primario e essere sempre pronto a rispondere alle chiamate di emergenza.

La morte di Leone XII e la successione di Pio VIII, tuttavia, segnarono una battuta di arresto nel processo di ospedalizzazione che si stava compiendo al Santa Maria della Pietà. L'Arciospedale del Santo Spirito, che comprendeva anche il Santa Maria della Pietà, riottenne autonomia totale e la Commissione Ospedaliera si sciolse nel dicembre 1829. Questo periodo di stallo durò fino a metà 800. Nelle fonti documentarie, infatti, raramente si trovano trascritti i nomi dei ricoverati, se non in funzione delle rette e dei pagamenti. L'Ospedale anche negli anni successivi continuò a vivere una situazione di abbandono. Nonostante le numerose Visite Apostoliche ordinate dal Papa e le Commissioni che cercarono di evidenziare la necessità di nuovi spazi e di trattamenti più adeguati per i ricoverati, non si ebbero sostanziali miglioramenti.

---

<sup>209</sup>A. Buratta, *Il card. Giuseppe Antonio Sala e la visita apostolica agli ospedali di Roma*, in «Rivista di storia della chiesa in Italia», 1987, XLI, n.2, p. 441.

<sup>210</sup> ASR, SMP, n.9, p. 150.

### *La riforma assistenziale*

Il 7 settembre 1849 il cardinale Carlo Luigi Morichini (Arcivescovo di Nisibi, esperto in tema di sistemi assistenziali<sup>211</sup>) assunse contemporaneamente i titoli di Visitatore Apostolico e di Presidente della nuova Commissione incaricata del governo dell’Arciospedale Santo Spirito. Questa commissione fu di composizione a maggioranza laica. Ne fecero parte Mons. Giuseppe Ferrari, Carlo Doria, Piero Carpi (con specifiche mansioni per i malati<sup>212</sup>), Filippo Massani e Vincenzo Pericoli. In seguito si aggiunse il principe Francesco Barberini. Il cardinale condivideva molti degli obiettivi della nascente dottrina psichiatrica, tra cui quello di trasformare lo stabilimento in un moderno manicomio, incoraggiando il formarsi di un’*équipe* medica specializzata e il trattamento morale. Egli cercò di adattare i nuovi paradigmi scientifici alla vocazione religiosa dell’Istituto, di produrre una sintesi in grado di far mantenere il controllo religioso senza apparire arretrato. Sosteneva infatti di *“porre in atto la cura morale e mista che è di somma importanza, se vuoi ottenere le guarigione delle malattie mentali”*<sup>213</sup>. Il lavoro svolto a seguito della Visita del Morichini pose le basi per la riforma assistenziale<sup>214</sup> che venne sancita con il Motu Proprio di Pio IX del 25 agosto 1850. Si procedette dando priorità alle questioni tecnico-sanitarie e a quelle amministrative. Rispetto alle prime si cercò di identificare una sede più idonea e uno staff medico specialistico affinché il Santa Maria della Pietà diventasse ufficialmente un ospedale. Rispetto alle seconde si cercò di stabilire che l’amministrazione dell’Ospedale dovesse comunque essere collegata alla rete degli ospedali romani. A Pietro Carpi fu affidato il compito di istituire una nuova Commissione per *“presentare un progetto sulla erezione di un nuovo manicomio”*<sup>215</sup>. Si presero in considerazione nuove aree per l’edificazione, si discusse intorno alla forma della struttura, si ragionò sulla necessità di collegare ogni intervento a una chiara finalità. Si parlò di locali per i bagni, per il culto, per la mensa, per la ginnastica, per dormire e di suddivisione delle diverse tipologie di ricoverati. Si ragionò sulla necessità di istituire le camere di osservazione e le camere separate

---

<sup>211</sup> C. L. Morichini, *Degli istituti di carità per la sussistenza e l’educazione dei poveri e dei prigionieri in Roma*, Stabilimento tipografico camerale, Roma 1870, p.191.

<sup>212</sup> ASR, Ospedale Santo Spirito, n.913, pp.2 ss.

<sup>213</sup> C.L. Morichini, *op. cit.*

<sup>214</sup> *Ibidem.*

<sup>215</sup> ASR, Ospedale Santo Spirito, n.913, p.146.

per i maniaci e anche sull'importanza di creare un contatto diretto tra il ricoverato e la famiglia<sup>216</sup>.

### *Nuove riforme per nuovi idealtipi di ospedale*

In questo quadro complesso e variegato Mons. Morichini continuò sulla strada delle riforme, spinto dal desiderio di trasformare l'Istituto in un efficiente luogo di cura. Voleva ridurre al minimo l'uso degli strumenti repressivi, condividendo con la cultura alienista del tempo, la necessità di costruire i manicomi in spazi aperti e tranquilli e quella di dividere i ricoverati per tipologia di malattia. Nominò Giovanni Gualandi direttore del Santa Maria della Pietà, a seguito della sua formazione e competenze di medico alienista e dei suoi viaggi per gli istituti in Europa. L'esito del lavoro culminò in un progetto presentato al Pontefice il 13 agosto del 1850 che si avvale dell'esperienza del Gualandi in materia di manicomi<sup>217</sup>. Venne individuata come zona idonea per la costruzione del nuovo Ospedale la parte di territorio dei Colli Tuscolani perché riparata dai venti, con ottima fornitura di acqua, vicina ai boschi e alla linea ferroviaria. La forma ipotizzata fu a croce: al centro i servizi comuni, sulle ali laterali il refettorio, le sale di ricreazione, i bagni<sup>218</sup>. Innovativi furono i provvedimenti posti in essere per razionalizzare il ruolo e le mansioni del medico. Il decreto del 17 settembre 1850 sopprime il primariato e i coadiutori. Si ragionò sulla necessità di dover disporre di personale medico con competenze tecniche su malattie mentali e di ordinarlo secondo un principio gerarchico. Vennero introdotte le figure del medico alienista direttore e dei medici consulenti, con il compito di intervenire per consulti (su richiesta del medico direttore) e di visita dei malati a domicilio prima dell'ammissione<sup>219</sup>. Fu confermata la figura del medico assistente alle dipendenze del direttore<sup>220</sup>. Per contro venne abolita la figura del priore e vennero nominati nove infermieri uomini e nove donne. Il portiere ebbe l'incarico della vigilanza e le Suore il compito di gestire l'infermeria femminile, il guardaroba, la dispensa e la cucina.

---

<sup>216</sup> *Ivi*, pp. 358-359.

<sup>217</sup> D. Gualandi, *Della costruzione di un manicomio pubblico. Dissertazione*, Tipografia delle Scienze, Bologna 1850, pp. 14-15.

<sup>218</sup> ASR, Ospedale Santo Spirito, n. 833, «Nuovo Manicomio».

<sup>219</sup> G. Gualandi, *Delle riforme legislative da promuoversi a favore degli alienati di mente*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», n.1, 1864, pp.381-398.

<sup>220</sup> ASR, Ospedale Santo Spirito, n.833, fasc.II. 3.

Il cambiamento che si stava realizzando era notevole, non solo perché determinava una netta separazione tra l'attività di cura generica negli ospedali e quella specifica di cura per i folli, ma soprattutto perché conferiva al manicomio il valore di strumento terapeutico in sé. Il momento terapeutico coincideva con quello custodialistico all'interno di un'istituzione autorizzata a organizzare in tutto e per tutto la vita del malato di mente. La spinta innovatrice si scontrò, però, nel Santa Maria della Pietà con la scarsità delle risorse finanziarie e con le tendenze restauratrici della Chiesa. Il tentativo di porre in essere questi cambiamenti nell'Ospedale fu la causa della nascita di un forte contrasto tra il direttore medico Gualandi e l'Istituzione ecclesiastica, che aveva sempre gestito autonomamente l'attività assistenziale. Il punto centrale del conflitto era il ruolo che doveva avere il direttore all'interno dell'Istituto. Mentre Gualandi attribuiva al direttore la responsabilità totale dell'Ospedale, anche nella gestione amministrativa, la Chiesa voleva attribuirgli la sola responsabilità sanitaria<sup>221</sup>. La situazione era rappresentativa di un contrasto tipico romano basato su due poli: da una parte i medici che rivendicavano la propria identità scientifica e la capacità di gestione della struttura manicomiale e dall'altra l'autorità ecclesiastica che, in virtù del tradizionale spirito di carità, considerava proprio compito l'assistenza e la gestione delle strutture ad essa preposte<sup>222</sup>. Il conflitto tra amministrazione e disciplina medica riguardava *“uno dei postulati più importanti del moderno paradigma psichiatrico”*<sup>223</sup>. Mentre negli altri ospedali il buon andamento della struttura e l'efficacia della cura erano legati a molteplici fattori, nel manicomio la situazione era differente, in quanto esso stesso era percepito come un rimedio alla malattia. Il trattamento e la riabilitazione erano la stessa struttura con la sua organizzazione dell'attività quotidiana, con le sue regole e prassi. Ogni aspetto della vita quotidiana del paziente faceva parte del percorso terapeutico. Il trattamento morale era *“il dispiegamento di una pratica globale che doveva unificare tutta la pluralità delle costrizioni (di ordine economico, amministrativo, personale, etc.) che venivano imposte al recluso”*<sup>224</sup>. Il trattamento morale si incentrava proprio sull'internamento, come elemento terapeutico in sé, nonché sulla necessità della relazione

---

<sup>221</sup> A. Raggi, *Se e quali metodi abbia il direttore di un manicomio per opporsi alle eventuali ingerenze degli amministratori nelle parti del servizio estranee alle loro mansioni e che vanno a detrimento della sua autorità*, in «Rivista sperimentale di Frenatria e Medicina legale delle alienazioni mentali», XXII, 1896, pp. 368-383.

<sup>222</sup> G. Riefolo, T. Losavio, *op. cit.*, Vol.II, pp. 157-166.

<sup>223</sup> V. Fiorino, *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà*, cit., p. 863.

<sup>224</sup> *Ibidem*.

paziente -medico<sup>225</sup>, pur se sbilanciata a favore di quest'ultimo. Di qui la centralità della figura del medico direttore che la scienza alienista rivendicava nella tecnica manicomiale.

A Roma, l'esperienza riformatrice ebbe comunque poca possibilità di sviluppo. Il conflitto tra scienza psichiatrica e controllo ecclesiastico restava forte e rendeva difficile l'affermarsi delle nuove teorie psichiatriche. Figure come il Gualandi, che venne nominato proprio in virtù del suo spirito riformatore e delle sue conoscenze mediche, ne pagarono le conseguenze. Egli fu lentamente esiliato ed emarginato e le sue istanze riformatrici<sup>226</sup> accantonate. A sostituirlo fu chiamato Benedetto Viale Prelà, archiatra pontificio, dopo la visita nell'Istituto di Monsignor Domenico dei Conti Giroud, ordinata da Pio IX, al quale fu affidato il compito di realizzare tutti gli interventi necessari al miglioramento della struttura. Nonostante la nomina di Viale Prelà a direttore fosse stata dettata dall'esigenza dell'autorità ecclesiastica di riconfermare il proprio controllo sulla struttura, non si potevano comunque ignorare le spinte innovatrici della scienza alienistica. Il rischio era quello di trasformare l'Ospedale in una struttura antiquata e anacronistica. Gli interventi si tradussero nell'introduzione di nuovi strumenti di tecnica manicomiale, quali ad esempio il cambio d'uso delle celle di forza in sale da lavoro<sup>227</sup> e sale di osservazione. Queste ultime rappresentavano un "luogo di passaggio" dove poter accertare l'esistenza della malattia mentale. I pazienti vi risiedevano per un periodo di 15 giorni, necessario per formulare una diagnosi e per contenere le manifestazioni più acute della malattia. Questo strumento costituiva un filtro importante per le ammissioni in manicomio e si stava diffondendo in tutto il sistema italiano<sup>228</sup>. Per la prima volta si classificarono i vitti e il materiale del guardaroba, si riportarono nei registri la categoria sociale di provenienza dei ricoverati, vennero stabilite le attività delle giornate e i relativi tempi<sup>229</sup>. I dementi vennero catalogati in "tranquilli", "agitati" e "sudici" e nell'ambito di tali classi differenziati per classi di mestiere<sup>230</sup>. Vennero distribuiti e affidati in uguale numero al medico primario e ai due

---

<sup>225</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'ora dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980.

<sup>226</sup> F. De Peri, *Il medico e il folle. Istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra ottocento e novecento*, in F. Della Penata (a cura di) *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp.1060-1140.

<sup>227</sup> V. Fiorino, *Benedetto Viale Prelà e l'Ospedale dei pazzi di Roma*, in «Antologia Vieusseux», XX, 58, 2014, p.102.

<sup>228</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 56.

<sup>229</sup> A. L. Bonella, *op. cit.*, p. 71.

<sup>230</sup> *Ibidem*.

medici assistenti, con l'impegno degli stessi a tenerli in osservazione, seguirli e descriverli nei loro rapporti. Nel 1864 un'ordinanza rivelò che furono ripartiti in numero di 81 al medico sostituto Fabio Francati, e di 81 e 82 ai medici assistenti Solivetti e Fiordispini<sup>231</sup>. Il dato rilevante è che in quell'anno risultavano ricoverate al Santa Maria della Pietà 509<sup>232</sup> persone, mentre quelle che risultavano essere seguite dai medici erano solo 244. Solo la metà dei ricoverati poteva quindi beneficiare di qualche tipo di cura e terapia. È possibile ipotizzare che anche a fronte dei tentativi di ospedalizzazione del manicomio, esso fungesse ancora per una buona parte dei ricoverati come luogo in cui essere abbandonati. La questione della doppia funzione manicomiale (quella del trattamento curativo della malattia per gli alienati curabili e del rifugio ed immagazzinamento degli alienati ritenuti incurabili)<sup>233</sup> non riusciva a essere risolta, nonostante spesso venisse sottolineata la necessità di far uscire dal Santa Maria della Pietà gli individui malati, ritenuti innocui<sup>234</sup>.

La morte di Monsignor Giraud determinò il ritorno del Santa Maria della Pietà sotto la competenza del Santo Spirito nella persona del Commendator Achille Maria Ricci. Egli a fronte di un ulteriore aumento dei ricoverati ( i ricoverati furono 572 nel 1868, 624 nel 1869, e 661 del 1870)<sup>235</sup> emanò un nuovo regolamento “Statuto e regolamento per il Manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma”<sup>236</sup>. Lo Statuto organizzato in 11 capitoli e 81 articoli<sup>237</sup> attribuì al direttore la responsabilità della cura e della disciplina (riconoscendogli la responsabilità in materia di ammissioni e dimissioni) e gli affiancò un vice-direttore e tre medici assistenti, a cui si aggiungerà in seguito un medico chirurgo. Le Suore di San Carlo di Nancy e i Frati di Nostra Signora della Misericordia esercitarono le funzioni di guardiani e addetti alla cura rispettivamente delle donne e degli uomini. Il personale infermieristico era laico pur se dipendente da due superiori religiosi, qualificati come infermiere ed infermiera maggiori<sup>238</sup>. Il

---

<sup>231</sup> *Ibidem*.

<sup>232</sup> ASMP, Decreti, n.503.

<sup>233</sup> R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 43-44.

<sup>234</sup> ASMP, Decreti, n.531.

<sup>235</sup> ASMP, Decreti, nn. 507-509.

<sup>236</sup> ASR, Segreteria di Stato, a. 1870, rub. 50, fasc. unico.

<sup>237</sup> ASR, Segreteria di Stato, ff. 46-64.

<sup>238</sup> A. Jaria, C.E. Simonetto, C. Tulelli, *Aspetti e tendenze della cultura del manicomio S. Maria della Pietà di Roma, negli anni 1850-1890, come memoria della psichiatria in Roma*, in «Atti del I Congresso Nazionale della Società italiana di Storia della Psichiatria: Contro una società senza memoria», Viareggio 20-22 aprile 1989.

direttore medico era subordinato al Commendatore del Santo Spirito come si evince dal cap. II dello Statuto<sup>239</sup>, che stabiliva l'obbligo del rapporto giornaliero sull'andamento dell'Istituto. La gestione amministrativa restava affidata all'economista e al computista, mentre l'architetto, il segretario e il procuratore legale avevano l'obbligo di relazionarsi, secondo le norme previste, direttamente con il Commendatore.

Dall'analisi emerge una struttura che nonostante i vari tentativi di riforma e le modifiche apportate negli anni restò sempre legata alla peculiarità del vertice ecclesiastico. La subordinazione della classe medica a quella ecclesiastica, la dipendenza del personale laico dagli ordini religiosi e la sovrintendenza del Santo Spirito<sup>240</sup> ne offrono una valida testimonianza.

## ***1.6 Il Santa Maria della Pietà e i primi anni dello Stato unitario***

### ***La follia tra due secoli***

La follia, nei numerosi testi del seicento e del settecento, veniva descritta prevalentemente come non-ragione e poteva essere raccontata solo attraverso le parole del medico o del filosofo, gli unici "esperti" in grado di comprenderla e di parlarne. Nell'ottocento invece appariva nei testi dove era descritta anche dalla gente comune, come verità insita nella vita dell'uomo, come momento estremo di soggettività. Si presentava come un cammino, che aveva come punto di partenza la fine estrema di un percorso e come punto di arrivo un nuovo inizio<sup>241</sup>. L'uomo che ne era colpito prima cadeva nel buio, dove la ragione non esisteva e dove scopriva una nuova verità (quella più profonda dell'essere) e poi si allontanava dalla bestialità che lo rappresentava. Il folle diventava oggetto di conoscenza, di verità nascoste, di intuizioni, di slanci nuovi<sup>242</sup>. La scienza medica faticava ad accogliere in pieno queste riflessioni, che in qualche modo rendevano tutti troppo vicini all'esperienza della follia, quasi per timore di essere scoperti nei

---

<sup>239</sup> ASR, Segreteria di Stato, a. 1870, rub. 50, fasc. unico.

<sup>240</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp.100-110.

<sup>241</sup> *Ivi*, p.711.

<sup>242</sup> G. de Nerval, *Aurélia*, Editions de la Pléiade, Paris, 1927, p. 25; trad. it.: *Le figlie del fuoco. Aurelia. La mano stregata*, Rizzoli, Milano 1984, p.197.

propri desideri più primitivi<sup>243</sup> e nascosti. La follia si distingueva dalle altre malattie del corpo perché manifestava nel suo decorso una verità che nelle altre non appariva, dando modo ai cattivi istinti di emergere e di manifestarsi pubblicamente. Come suggeriva Hegel “*nella pazzia diviene dominante il genio maligno dell’uomo*”<sup>244</sup>. Il folle usciva da questa esperienza di viaggio come un innocente, incatenato alle passioni e all’immaginazione, irresponsabile, da ricondurre all’intervento del medico che poteva guarirlo sopprimendo quell’immaginazione che lo conduceva alla verità e abolendo definitivamente il male che lo dominava. Il folle era quindi nello stesso tempo colpevole perché autore di gesti insani indotti dal male e innocente perché spinto dalla follia. Da condannare e da assolvere. Se si voleva considerare il folle colpevole e responsabile dei suoi atti, occorreva considerare lo stesso soggetto al momento del compimento dell’atto e fuori da esso, se si voleva considerare il folle innocente occorreva separare e diversificare il soggetto che compiva l’atto folle o criminale, dal soggetto che esisteva dopo il gesto folle o criminale. L’uomo nella follia diventava altro da sé, e nello stesso tempo rivelava in questa alterità quello che era. Questo il senso dell’alienazione. Il folle non era più l’insensato, nella dimensione della sragione classica, ma l’alienato nella forma moderna della malattia. Era se stesso e altro da se stesso, e nella follia trovava prima la sua verità e poi il contrario della verità. Era innocente perché non era ciò che era, ed era colpevole di essere ciò che non era. Il folle era imbrigliato dentro l’uomo fisico che lo racchiudeva e dentro la verità che scopriva nell’esperienza della follia.

La follia, questa nuova dimensione dell’esistenza umana, doveva comunque essere ricondotta alla normalità, spogliata degli istinti che la rendevano manifesta e ricondotta al silenzio. Di qui il dilemma degli psichiatri e studiosi di fine ottocento combattuti tra il desiderio di approfondire la negatività dell’uomo che, giungeva attraverso la follia, ai momenti più estremi del proprio sentire e la necessità di descrivere il folle come soggetto e come oggetto, a intermittenza, diviso tra interno e esterno, tra vissuto e conoscenza. Il dibattito che si stava sviluppando a livello teorico, pur se incline a presentare l’esperienza della follia sotto un nuovo aspetto, non riusciva ad offrire una soluzione chiara e lineare di questa dimensione esistenziale, che inglobava sempre più ambiti della vita della persona. Nuovi e complessi erano gli interrogativi che si presentavano. Se da una parte si imponeva la necessità per il sapere medico

---

<sup>243</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p.714.

<sup>244</sup> G.W.F. Hegel, *Enciclopedia delle scienze filosofiche*, trad., pref. e note di B. Croce, Laterza, Bari 2009, par. 408, p. 687.

di non ridurre il folle a semplice “oggetto” di studio, dall’altra si creava un forte contrasto tra il desiderio della scienza psichiatrica di riuscire a spiegare e a domare i folli e la necessità di dover continuamente rimettere in dubbio il proprio sapere.

L’incertezza e il timore che le nuove intuizioni e la loro ricaduta sociale avevano, videro gli psichiatri, di inizio secolo, muoversi verso un svolta organicista. Attinsero alla scuola francese, ma si orientarono verso posizioni più caute. In Francia era stata introdotta da Augustin Morel<sup>245</sup> la nozione di degenerescenza, intesa come condizione mentale che si esprimeva attraverso anomalie che avevano origine sia nell’ereditarietà, sia nelle affezioni acquisite nella prima età<sup>246</sup>. Morel ricomprendeva nella fattispecie anche le intossicazioni, l’alcoolismo, il paludismo, la miseria, la costituzione geologica del suolo etc. Il tipo degenerato si differenziava così dal tipo normale perché affetto da una forma morbosa. Victor Magnan, allievo di Lucas, medico dell’Ospedale Sant’Anna di Parigi, riprendeva le tesi di Morel e le sviluppava ulteriormente dividendo gli alienati in due categorie: i “normali” che per cause molteplici e di forte intensità diventavano malati nel corso della loro vita (maniaci, melanconici etc) e i “degenerati” che avevano da sempre una mentalità disturbata e che anche per piccoli episodi o motivazioni banali potevano manifestare grandi turbamenti. Il medico definiva la degenerescenza come *“uno stato patologico dell’essere, che in confronto ai suoi generatori più immediati, è costituzionalmente diminuito nella sua resistenza psicofisica e non realizza che in modo assai incompleto le condizioni biologiche della lotta ereditaria per la vita”*<sup>247</sup>. Queste posizioni, in linea con il darwinismo sociale e con la costruzione “razziale della devianza”<sup>248</sup> ebbero eco in Italia e arrivarono anche nell’Ospedale romano. Intellettuali e medici come Giacanelli e Campoli, pur se in tempi successivi, si espressero esplicitamente sulla questione affermando che la storia della follia si presentava come storia *“della vita embrionale dei popoli”*<sup>249</sup> e come *“infanzia della mente umana le cui manifestazioni riappaiono come residui atavici nelle follie delle epoche successive [...] Le categorie pazzo-delinquente-primitivo-*

---

<sup>245</sup> B. A. Morel, *Traité des dégènerescences physiques, intellectuelles et moralès de l’espèce humaine*, J. B. Baillière, Paris 1857.

<sup>246</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p.70.

<sup>247</sup> *Ibidem*.

<sup>248</sup> *Ibidem*.

<sup>249</sup> F. Giacanelli, G. Campoli, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», luglio-settembre 1973, fasc.III, pp.1-16.

*animale si intrecciavano indissolubilmente e sancivano una devianza assoluta “naturale dalla norma borghese”*<sup>250</sup>.

L’approccio organicista ebbe un buon riscontro in Italia, anche se molti medici che si rifacevano alle teorie ereditarie<sup>251</sup> nella fase iniziale delle loro ricerche, utilizzandole come “una concezione del mondo”, nel corso dell’analisi se ne discostavano approdando a conclusioni distanti e contrarie ai postulati iniziali<sup>252</sup>. Significative a riguardo le parole di Tanzi, medico del Santa Maria della Pietà, che nel suo Trattato sulle malattie mentali<sup>253</sup>, dopo aver espresso gli omaggi alla scuola lombrosiana affermava “*Io credo che l’immoralità del carattere, anche se raggiunge il grado di un’anomalia costituzionale, non vada necessariamente associata ai segni di degenerazione che Lombroso e i suoi seguaci hanno accolto e classificato con tanta cura. Il valore di questi segni antropologici è piuttosto discutibile, non è ben certo che essi siano più frequenti nei criminali anziché in altre categorie di uomini; parecchi criminali, anzi categorie intere di criminali, come i truffatori e i cortigiani (che Lombroso considera criminali) ne vanno totalmente sprovvisti e le loro fattezze fisiche sono di un’estetica superiore alla comune; infine ben poche di queste stigme sono interpretabili nel senso dell’atavismo [...] eppure l’antropologia criminale non giustifica coi suoi risultati la popolarità di cui gode [...]. L’espedito è utile, ma non ha che un valore pratico e del tutto estraneo alla psichiatria*”<sup>254</sup>.

Buona diffusione ebbe anche in Italia l’approccio Kraepeliano, fondato sulla classificazione dei sintomi della malattia mentale, estratti su base naturalistica e biologica, e lontano da ogni riflessione di carattere filosofico o psicologico. Basato sull’osservazione clinica e per alcuni tratti vicino alle spinte “degenerative” di alcuni psichiatri italiani (ad esempio per

---

<sup>250</sup> *Ibidem*.

<sup>251</sup> Tra gli esponenti di spicco della corrente “evoluzionista” in Italia ci fu Enrico Morselli (vedi ad esempio il suo scritto *Il Darwinismo e l’evoluzionismo* in AA.VV., *Carlo Darwin e il darwinismo nelle scienze biologiche e sociali*, F.lli Dumolard, Milano 1892, pp. 259-298 e lo scritto *Cesare Lombroso e la filosofia scientifica*, in AA.VV., *L’opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni*, Tip. V Bona, Torino 1906). Il medico tuttavia pur abbracciando la corrente evoluzionista e dando grande rilievo alle teorie dell’ereditarietà considerava come punti fermi della psichiatria la dimensione organicista e l’osservazione clinica (vedi il suo *Manuale di Semeiotica delle malattie mentali*, Vallardi, Milano 1898, 2 ed., Vol. I, p. 4).

<sup>252</sup> Si prendano ad esempio i testi di E. Tanzi *Trattato delle malattie mentali*, Società editrice Libreria, Milano 1905, pp. 649-659 e di E. Lugaro, *I problemi odierni della psichiatria*, Sandron, Milano-Napoli, senza data, pp. 10-15.

<sup>253</sup> E. Tanzi, *op.cit.*, Società editrice Libreria, Milano 1905, p.649.

<sup>254</sup> *Ibidem*.

Kraepelin la demenza precoce era incurabile, così come era incurabile il delinquente)<sup>255</sup>, l'organicismo aveva come postulato fondante il fatto che l'alterazione organica costituiva la prima causa e la spiegazione scientifica del disturbo mentale. Si discostava, però, dall'organicismo derivato, che cercava partendo dalla considerazione che la follia ha matrice organica, di costruire una personalità folle e criminale biologicamente data. Le parole di Tamburini risuonavano forti e chiarificatrici a riguardo “ *A premunirla da questi pericoli - egli scriveva - a mantenerla nell'indirizzo obiettivo, fonte essenziale di ogni progresso, essa ebbe un potente elemento di difesa e sicurezza nell'esser sempre rimasta adesa al grande tronco, da cui erasi svolta come ramo vigoroso e fecondo, quello della medicina generale. E se talora alcune scuole e indirizzi alquanto unilaterali parvero assumerne il predominio e sospingerla dal retto sentiero, e tendere quasi a staccarla dal tronco materno, essa però non se ne è mai staccata allontanata nella essenzialità del contenuto e dei metodi o vi è ben tosto ritornata ad assorbirne il vitale nutrimento [...]*”<sup>256</sup>. Due erano per il medico romano i punti fermi della psichiatria, lo studio clinico della malattia e l'origine organica dei disturbi psichici.

La psichiatria italiana continuava a barcamenarsi tra passato e presente, cogliendo alcuni degli spunti che le nuove teorie proponevano, senza però spingersi mai troppo oltre. Adattava le nuove idee al proprio contesto culturale, restando nei limiti di ciò che era socialmente accettato. Mediava tra le molteplici posizioni esistenti e produceva una sintesi propria che non appariva mai troppo in contrasto con le altre posizioni scientifiche. Questo atteggiamento si rifletteva in tutti gli ambienti della disciplina e abbracciava molte discussioni, come ad esempio quella relativa all'abolizione dei mezzi di contenzione per il trattamento dei malati. Le teorie di

---

<sup>255</sup> Il medico E. Kraepelin distingue due grandi psicosi. La psicosi maniaco-depressiva che si sviluppa per stadi, alcuni maniaci, altri di carattere melanconico, con recupero completo nell'intervallo. Questa psicosi, definita da lui “periodica” è considerata curabile. La seconda psicosi è quella definita demenza precoce. In questa categoria Kraepelin raggruppa tre affezioni precedentemente ritenute separate e distinte: la catatonia, l'ebefrenia e la demenza paranoide. Queste tre affezioni costituiscono però le espressioni di un'unica malattia generica, la demenza precoce e possono manifestarsi nel paziente in forma alternata. La demenza precoce è considerata dal medico incurabile. Vedi E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, trad. it. di G. Guidi e A. Tamburini, Vallardi, Milano 1907.

<sup>256</sup> A. Tamburini, *L'indirizzo e le finalità della odierna psichiatria*, in «Rivista d'Italia», 1906, pp. 767-780.

riferimento erano quelle del *no restraint*<sup>257</sup> e quella dell'*open door*<sup>258</sup>. Nessuna delle due fu mai formalmente rifiutata in Italia, ma neanche accolta ufficialmente. Nel 1873 lo psichiatra Bini scriveva “*Il sistema inglese del no restraint [...] fortunatamente non ha trovato nel resto d’Europa quell’accoglienza che poteva attendersi dagli elogi sperticati che se ne sono fatti. Partendosi questo sistema dal falso concetto che la coercizione degrada il malato di fronte a se stesso [...] s’intende come non potesse sostenersi nell’esperienza che altrove se ne faceva; come giustamente abbiamo allarmato i pericoli che ne derivano*”<sup>259</sup>. Nel 1899 lo psichiatra Raggi continuava in modo più sfumato “*Mentre il no restraint [...] è un vero spediente di cura, in quanto alla coercizione, talora nociva e inumana, dei pazzi pericolosi, sostituisce altri provvedimenti che valgono egualmente a rendere detti alienati innocui a sé e agli altri, l’open door è la negazione di ogni cura, è l’abolizione di ogni qualsiasi provvedimento che possa essere opposto alle estrinsecazioni pericolose del pazzo, come queste non esistessero e venissero anzi favorite dai provvedimenti curativi abitualmente seguiti*”<sup>260</sup>. Laddove le motivazioni scientifiche sembravano non sufficienti se ne affiancavano altre di carattere culturale. Lo stesso Raggi aggiungeva a sostegno delle sue dichiarazioni che l’open door poteva funzionare in America, Inghilterra, Scozia perché i folli del posto anche qualora andassero oltre le forme classiche della malattia mentale, non avevano eccessi di disordine e non erano pericolosi quanto lo erano i folli meridionali “*per quella legge da tutti riconosciuta che la pazzia porta le impronte della temprà così degli individui e dei popoli, come dei tempi e dei luoghi in cui si manifesta*”<sup>261</sup>.

La psichiatria italiana continuava a manifestarsi di stampo prevalentemente conservatore e poco aperta alle nuove prospettive. Concentrata ad affermare la validità del modello sociale borghese fondato sulla separazione netta della virtù dal vizio, sembrava voler escludere del tutto la possibilità che la follia potesse trovare tra le proprie cause quelle del legame con la società.

---

<sup>257</sup> Nata in Inghilterra con J. Conolly la teoria del no restraint si era diffusa in tutta Europa e aveva come obiettivo quello di eliminare completamente gli strumenti di contenzione e i mezzi violenti negli ospedali, da sostituire con il trattamento morale.

<sup>258</sup> In Scozia si sviluppò la teoria dell’open door che sosteneva l’eliminazione dei recinti e dei muri e che voleva il manicomio come un luogo di cura in cui i malati potevano circolare liberamente all’interno e fuori le mura.

<sup>259</sup> F. Bini, *Gli alienati secondo i progressi della medicina e della legislazione*, in «Nuova Antologia», vol. 24, 1873, p.137.

<sup>260</sup> A. Raggi, *L’open Door (il manicomio a sistema scozzese)* in «Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere», vol. XXXII, 1899, p.719 e ss.

<sup>261</sup> *Ibidem*.

In questo l'approccio organicista era un valido strumento di supporto perché negava categoricamente la possibilità di qualsiasi influenza sociale sulla follia e ribadiva la natura organica della malattia mentale. I vertici psichiatrici e le autorità governative sembravano complici nel costruire un'idea della follia che da una parte dava alla psichiatria un ruolo e una visibilità notevole nello scenario nazionale e dall'altra permetteva alla classe politica di delegare tout court ai medici la gestione dei folli, quasi a eliminare completamente la presa in carico delle responsabilità sociali. La copertura fornita dalla classe psichiatrica ai politici e l'avvallo ufficiale dei politici dato ai medici, trasferirono la colpa della follia unicamente al folle. La cura investiva soltanto lui e la società poteva ragionare in maniera benevola e sicura di assistenza a distanza. La follia era demandata unicamente agli organi tecnici e specializzati a riguardo, il folle era solo al suo destino in ospedale e la società messa al sicuro dal pericolo che da esso derivava.

### ***La provincializzazione dell'Ospedale***

Il Santa Maria della Pietà era immerso nella bufera degli scandali manicomiali<sup>262</sup> e doveva attraversare con cautela, pena la propria sopravvivenza, i conflitti che riguardavano la titolarità della sua gestione. Notevole fu lo sforzo della struttura nell'adeguarsi alle molteplici e divergenti situazioni che si verificarono. Nel 1870, con la presa di Roma e l'annessione al Regno d'Italia, fu sciolta la Commissione Ospedaliera nella sua composizione pontificia e ripristinata con nuovi membri che avevano il compito di curare l'amministrazione degli ospedali e di redigere nuovi statuti<sup>263</sup>. Pantaleoni, commissario delegato per il Santo Spirito e il Santa Maria della Pietà, che aveva assunto lo status di Opera Pia (Legge 3 agosto 1862 estesa a Roma con il regio decreto 1 dicembre 1870 n. 6070)<sup>264</sup>, si soffermò nel suo lavoro, più che sulle condizioni strutturali dell'Istituto, sulla necessità di ottenere un aumento della quota a carico della Provincia per i ricoverati e sulla necessità di rendere l'Ospedale capace di una

---

<sup>262</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp. 110-135.

<sup>263</sup> S. Lepre, *Uno spaccato di vita manicomiale fra otto e novecento. Il Santa Maria della pietà di Roma. La provincializzazione dell'opera pia*, in «Le difficoltà dell'assistenza. Le opere pie in Italia tra otto e novecento», Bulzoni, Roma 1988, pp. 15-70.

<sup>264</sup> E. Scaglia, *Manuale per le amministrazioni di beneficenza, ossia la Legge 3 agosto 1862 sulle Opere Pie*, Tipografia Nazionale di G. Biancardi, Torino 1863.

gestione autonoma, esente dalle donazioni del Pontefice<sup>265</sup>. La vendita di alcuni beni posseduti dall'Istituto e l'innalzamento della quota a carico pubblico da 37.50 a 48 lire, riuscì a colmare il disavanzo finanziario pregresso e a determinare anni di gestione amministrativa regolare e serena<sup>266</sup>. L'area manicomiale fu ampliata sul Gianicolo attraverso il passaggio di proprietà delle ville precedentemente utilizzate tramite l'istituto della locazione, e con l'acquisto di nuovi terreni, edifici ed aree di raccordo<sup>267</sup>.

Il 1870 rappresenta una data molto importante nella storia dell'Istituto perché segna l'inizio del percorso che porterà alla fine della gestione ecclesiastica. La Chiesa aveva sempre ricoperto un ruolo centrale nelle attività del manicomio e nelle procedure di internamento e considerava l'Istituto parte centrale della propria rete di istituzioni di beneficenza (ospedali, conservatori, istituti di correzione). Le gerarchie ecclesiastiche pensavano il manicomio come luogo di custodia per i folli e si attribuivano in nome di un dovere morale la capacità di intervenire nella vita privata delle famiglie per proteggere i deboli e controllare l'ordine pubblico e la morale<sup>268</sup>. Il percorso di medicalizzazione, la maggiore consapevolezza sociale della follia e la conseguente spinta a trattarla sempre più come una questione medica, ridussero tuttavia nel tempo il valore dell'intervento ecclesiastico e conseguentemente ne indebolirono i presupposti per un controllo esclusivo. Giuseppe Girolami, direttore dell'Istituto fino al 1875, fu l'emblema delle contraddizioni e dei cambiamenti che la dottrina psichiatrica e il Santa Maria della Pietà vivevano in questa fase. Fu, infatti, una figura molto contrastata nella psichiatria italiana che lo definiva “*studioso di filosofia e incline alla così detta scuola spiritualista*”<sup>269</sup>. Il medico alienista, dal punto di vista terapeutico, affermava la validità della cura morale e l'imprescindibilità di una medicina psicologica, indispensabile “*per decifrare tutte quelle forme che non si appiccano in modo almeno fin qui giustificativo a condizioni materiali ben*

---

<sup>265</sup>D. Pantaleoni, *Rapporto amministrativo sulle condizioni finanziarie igieniche e morali dell'Archiospedale di S. Spirito in Sassia e stabilimenti annessi, brefotroffio, conservatorio, manicomio e banco, redatto nel dicembre 1871*, Tip. G. Menicanti, Roma 1871, p. 153.

<sup>266</sup> U. De Giacomo, *Storia dell'ospedale psichiatrico di Roma*, in «Atti del I congresso Europeo di Storia di Storia ospedaliera. Reggio Emilia 6-12, giugno 1960», Bologna 1962, pp. 417-422.

<sup>267</sup> F. Azzurri, *Riforme e miglioramenti eseguiti dal 1862 al 1893 nel manicomio di Santa Maria della Pietà in Roma, ora Manicomio Provinciale*, Tipografia E. Perino, Roma 1893.

<sup>268</sup> L. Guidi, *L'onore in pericolo. Carità e reclusione femminile nell'Ottocento napoletano*, Liguori, Napoli 1991, p. 53.

<sup>269</sup> F. Stock, *Il secondo ottocento nella psichiatria italiana attraverso l'Ospedale di S. Maria della Pietà*, in AA.VV., *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al 900*, cit., p.113.

*determinabili dall'anatomia patologica ed anche istologica*<sup>270</sup>. Sosteneva la cura morale per la quale erano necessarie “*sanzioni forti, insolite, variate, commoventi*” e si mostrava ostile all’idea che il lavoro all’aria aperta portasse giovamento ai ricoverati<sup>271</sup>. Appoggiò, infatti, apertamente<sup>272</sup> le posizioni di Giuseppe Neri, direttore del manicomio di Lucca<sup>273</sup>. Il medico toscano era favorevole, come il Girolami, ad un modello di assistenza basato sull’internamento, in grado di giustificare e spiegare l’assenza di libertà del malato. Per il medico era la stessa assenza di ragione a determinare la necessità di un totale controllo dei folli da parte delle istituzioni che li accoglievano. Queste posizioni erano in contrasto con le teorie del no restraint e dell’open door ed erano oggetto di un profondo dibattito tra gli psichiatri italiani che davano sempre più rilevanza all’osservazione clinica del malato e alla specializzazione medica, da realizzarsi in luoghi preposti al sapere come le Università. Per gli psichiatri le psicopatie andavano studiate al pari delle altre malattie e gli alienisti dovevano mirare ad ottenere un giudizio scientifico certo e definitivo sulle malattie<sup>274</sup>. Si sosteneva la dominanza dell’attività di cura rispetto a quella dell’accoglienza, prediligendo la restituzione della sanità mentale al contenimento del folle. Tuttavia l’utopia della guarigione che comportava la necessità di dividere i malati in curabili e incurabili, determinava per questi ultimi, proprio in ragione della loro non curabilità, “l’abbandono” nelle strutture e il non interesse clinico.

Le contraddizioni erano ancora numerose e mostravano la difficoltà della dottrina psichiatrica ad imporsi in un contesto dove la follia era stata appannaggio per secoli della Chiesa e delle famiglie. Girolami nel corso della sua direzione, alla quale seguì dal 1876 al 1892 quella

---

<sup>270</sup>*Ibidem.*

<sup>271</sup> V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, ETS, Pisa 2011, p.18.

<sup>272</sup>*Ibidem.*

<sup>273</sup> Il medico psichiatra Giuseppe Neri, ideatore dei manicomi urbani, proponeva come soluzione per il territorio di Pisa quella di riadattare un ex-convento cittadino come manicomio e contrastava l’ipotesi di una nuova costruzione in campagna. Non credeva ai benefici che potevano derivare dallo stare all’aria aperta per i ricoverati e alla terapia del lavoro. Affermava che i lavori agricoli non si adattavano a molti ricoverati, come i maniaci furiosi e i mono-maniaci (che si rifiutavano di eseguirli) ma solo agli idioti, imbecilli, dementi i quali però non erano malati curabili.

La terapia del lavoro era quindi applicabile a pochi malati, in particolare a quelli che non avevano possibilità di guarigione. Egli sosteneva “*Vi fu un tempo nel quale si credeva, e forse da taluno vi crede tuttora, che un ameno fabbricato provvisto di orti, di un boschetto, di un giardino, di una fontana e di campi destinati ai lavori bastassero senz’altro alla guarigione degli alienati*”. Vedi a riguardo G. Neri, *Sull’ubicazione di un manicomio e sulla convenienza di averlo in Pisa*, in «L’ippocratico», 1869, p. 6.

<sup>274</sup> G. Neri, *Sull’importanza e difficoltà degli studi psichiatrici. Prolusione alla clinica delle malattie mentali*, Tip. Lana, Fano 1868.

di Paolo Fiordispini, cercò di mediare tra le spinte contrastanti e lavorò sull'organizzazione dell'Istituto. Emanò infatti un regolamento interno per la disciplina dei servizi e delle attività dei ricoverati<sup>275</sup>. Nel 1891 seguì un nuovo regolamento ad opera di Mario Panizza, deputato delegato all'amministrazione del Santa Maria della Pietà. Egli stipulò con la Provincia una convenzione<sup>276</sup>, nota con il nome di Convenzione Panizza, di validità quarantennale. Con essa venne ridotta la quota per i ricoverati a 45 lire e fu prevista un'ulteriore possibilità di diminuzione in caso di avanzi amministrativi. Il nuovo regolamento attribuiva al Deputato amministratore la direzione amministrativa del Manicomio, garantendo così alla Deputazione provinciale un forte controllo sull'Istituto. Ne seguirono contrasti con il direttore sanitario<sup>277</sup>. La continuità della gestione da parte della Commissione ospedaliera terminò nel 1891 quando il commissario straordinario Augusto Silvestrelli iniziò le trattative per la cessione del Santa Maria della Pietà e del Santo Spirito alla Provincia. Il provvedimento del 1 luglio 1893 che determinò il passaggio apparve poco chiaro riguardo le competenze. Mentre l'opinione pubblica riteneva il Manicomio di proprietà provinciale, anche relativamente al cambio di denominazione usata nei registri, da Santa Maria della Pietà a Manicomio Provinciale, il regio decreto del 16 dicembre 1894 specificava che il Manicomio conservava la propria personalità giuridica, con rendite, statuti, bilanci e ordinamenti propri<sup>278</sup>. Questa situazione di incertezza venne risolta dopo due anni con una declaratoria del Ministero dell'Interno sull'interpretazione del decreto del 1894 che stabiliva che *“essa Deputazione Provinciale come consesso per sé stante e non come emanazione e rappresentanza del Consiglio Provinciale è stata investita dell'Amministrazione di detti due istituti (manicomio e brefotrofio) ed essa deve reggerli con piena autonomia seconda la legge 17 luglio 1890 n. 6972”*<sup>279</sup>. I numerosi scontri sulle questioni finanziarie e strutturali che sorsero tra Deputazione provinciale e Manicomio portarono ad un ulteriore tentativo di ordine che trovò manifestazione nel regio decreto 7 agosto 1896<sup>280</sup>. Esso affidava la gestione del Manicomio ad una nuova Commissione amministratrice composta da due membri della Deputazione provinciale e cinque Consiglieri provinciali. Furono direttori

---

<sup>275</sup> R. Fiordispini, *Il rendiconto statistico clinico del Manicomio del Santa Maria della Pietà per gli anni 1872-73*, Tipografia Mugnoz, Roma 1974.

<sup>276</sup> S. Lepre, *op.cit.*, p. 29.

<sup>277</sup> S. Lepre, *op.cit.*, p. 58.

<sup>278</sup> A.L. Bonella, *op. cit.*, p. 79.

<sup>279</sup> A. Magnani, *Le istituzioni pubbliche di beneficenza: commento alla legge 17 luglio 1890 n. 6972*, Roux e Viarengo, Torino 1900.

<sup>280</sup> *Raccolta Ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia*, Parte I, Dalla stamperia Reale, Torino 1906.

sanitari del Manicomio in quegli anni Bonfigli e Mingazzini. Il progetto avviato di cessione del Santa Maria della Pietà alla Provincia, continuò e nel 1907 l'intera gestione del manicomio venne affidata alla Provincia. Gli uffici provinciali presero le competenze del manicomio in luogo degli uffici legali, tecnici e della tesoreria, mentre la segreteria e la ragioneria si trasferirono direttamente nella sede della Provincia. Alla Commissione ospedaliera restò la competenza della tutela del patrimonio e la consulenza per l'organico e i regolamenti. Nel 1919 anche il patrimonio del Santa Maria della Pietà fu trasferito alla Provincia.

Parallelamente a questi eventi nel 1908 si iniziò la costruzione del nuovo Manicomio provinciale, a seguito dell'impegno del senatore Alberto Cencelli che voleva l'edificio situato sulla collina di Monte Mario a Roma. A tale scopo fu acquistata dall'amministrazione provinciale la tenuta Lucchina e il nuovo Istituto fu inaugurato da Vittorio Emanuele III il 31 maggio 1914.

### ***La Legge Giolitti***

Nel 1891, a seguito di un'ispezione sui Manicomi del Regno, da parte del Ministro dell'Interno Giovanni Nicotera, si riscontrarono su tutto il territorio gravi inadeguatezze e negligenze delle strutture ospedaliere come scarse condizioni igieniche, sovraffollamento, inadeguata attrezzatura di cura, fatiscenza dei locali. Lo stesso iter per il ricovero in manicomio risultava regolamentato in Italia in maniera disforme da zona a zona. In alcune località (Napoli, Torino, Genova) per l'internamento era necessaria l'autorizzazione del prefetto sul certificato medico, in altre (Ancona, Reggio Emilia) l'autorizzazione del sindaco o del presidente della deputazione provinciale (Novara, Bergamo, Pavia), in altre ancora era sufficiente la domanda della famiglia (Monza). Pur se prevista formalmente, l'autorizzazione a volte poteva essere fornita successivamente all'ammissione, tramite l'istituto del ricovero di urgenza. Da più parti emergeva la richiesta di un'unica legge che regolamentasse l'intera materia. La richiesta proveniva dagli psichiatri che desideravano fosse sancita la loro responsabilità nella gestione dei manicomi e nella cura mentale e dai politici come Giolitti che auspicavano una nuova

legislazione sociale<sup>281</sup>. Nel 1902 Giolitti presentò al Senato un disegno di legge intitolato “Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi”<sup>282</sup>, che doveva regolamentare tutte le strutture psichiatriche e che si basava su tre punti fondamentali. Si parlava di ricovero obbligatorio soltanto per i soggetti classificati come pericolosi o scandalosi, di internamento in quanto passaggio finale di una procedura giuridica di ammissione (salvo urgenze) e della necessità di un servizio di sorveglianza per gli alienati.

Le spese relative ai manicomi erano di competenza delle Province.

La legge n. 36, alla quale contribuì nella stesura anche Bonfigli in qualità di Senatore, venne approvata il 14 febbraio del 1904<sup>283</sup> e aggiungeva delle modifiche<sup>284</sup> al precedente disegno di legge. Conferiva al direttore sanitario la piena autorità sul servizio sanitario, il potere disciplinare e l’alta sorveglianza nella gestione economica e finanziaria e destinava il manicomio attraverso la procedura dell’ammissione obbligatoria<sup>285</sup> ai soggetti ritenuti “*pericolosi per sé e per gli altri*”<sup>286</sup>. La legge non si rivolgeva più alle istituzioni di pubblica beneficenza, ma alle singole persone. La malattia mentale diventava ufficialmente e di diritto una questione di competenza della psichiatria e dei responsabili dell’ordine pubblico.

---

<sup>281</sup> S. Sepe, *Amministrazione statale e assistenza: il controllo “sulle opere pie” nel periodo giolittiano*, in «Rivista trimestrale di scienza dell’amministrazione», n.1, 1984, pp. 3-32.

<sup>282</sup> G.B. Cereseto, *La legislazione sanitaria in Italia. Parte III. Istituti sanitari di pubblica assistenza*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1903, pp. 297-305.

<sup>283</sup> Disposizioni sui manicomi e sugli alienati: legge 14 febbraio 1904, n. 36 e regolamento relativo R. D. 16 agosto 1909, n. 615, con note, Ed. Pirola, Milano 1906.

<sup>284</sup> L. Anfosso, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed al regolamento approvato con R. decreto 5 marzo 1905*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1907, p. 52.

<sup>285</sup> S. Rossi, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, FrancoAngeli, Milano 2015.

<sup>286</sup> M. Romano, F. Stella, *Ricoveri, dimissioni e trattamento terapeutico dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali*, Giuffrè, Milano 1973, pp. 100-103.

## II.

### Tra delinquenza e follia: la produzione sociale della malattia

#### 2.1 La follia, una malattia organica

Lo studio della follia, tra metà ottocento e inizio novecento, è lo studio della follia intesa come malattia del corpo e del cervello, prodotta “*da lesioni fisiche e da una disposizione organica*”<sup>287</sup>. La prospettiva psicologica, per cui le turbe mentali avevano un origine autonoma<sup>288</sup>, viene sostituita dalla prospettiva somatica per la quale la follia è una malattia organica. Partendo dalle riflessioni di Pinel che sottolineava l’imprescindibilità dell’aspetto corporeo della malattia mentale<sup>289</sup> e dalla necessità degli psichiatri di basarsi su una rigorosa osservazione dei fatti<sup>290</sup>, la follia viene spogliata del suo carattere misterioso<sup>291</sup> e diventa un fenomeno da indagare attraverso la scienza. Il cervello viene inteso come l’organo di tutte le

---

<sup>287</sup> Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou La manie* (1801), trad. it.: *Trattato medico-filosofico sopra l’alienazione mentale*, Tipografia Orcesi, Lodi 1830.

<sup>288</sup> Si fa riferimento alla psichiatria romantica che si ispirava alla filosofia di Schelling (cfr. *Idee per una filosofia della natura*, vol. II, cap. XXII) che divideva nell’individuo umano la psiche, ossia la dimensione spirituale inconscia e inferiore, lo spirito cosciente e l’anima, che si avvicinava al Divino. Quando la psiche e lo spirito venivano separati dall’anima gli uomini diventavano preda della malattia, che culminava nella follia. La follia era quindi ribellione al divino e alla verità. La separazione delle diverse sfere attribuite all’uomo era l’origine della follia, intesa come elemento demoniaco, “diabolico”. Il termine deriva dalla parola greca diáballo che significa “separo/divido”.

<sup>289</sup> Ph. Pinel, *op.cit.*

<sup>290</sup> M. Rossi Monti, *Psichiatria e fenomenologia*, Loescher, Torino 1978, pp.28-29.

<sup>291</sup> Nel Medioevo la concezione della follia era inserita nell’ambito della contrapposizione tra il bene e il male e la follia era considerata parte inscindibile della tragicità umana. Il folle era ammesso nella società come parte costitutiva di essa, l’arte e la cultura ne erano affascinate. Il folle era un personaggio, oggetto di rappresentazione artistica e di allegoria, stereotipo dell’insensatezza della condizione umana e ricettacolo delle paure dei propri contemporanei. Compiva un viaggio nella follia che lo conduceva alla volta “dell’ignoto o del sapere universale” (cfr. M. Foucault, *op. cit.*).

funzioni dell'anima e come “*sede di tutte le qualità morali, come di tutte le facoltà intellettuali*”<sup>292</sup>. La follia è intesa come una forma di “*degenerazione*” dei rapporti normali tra intelligenza e corpo, legata a diverse cause tra cui alcol e droga, e progressiva per trasmissione ereditaria. La psichiatria si presentava come una scienza che si allontanava da “*ogni intrusione metafisica*” o “*morale*” per approdare in quella “*scienza di pura osservazione*” che è “*la psicologia fisiologica*” e che considerava “*l'attività dell'anima come funzione del cervello o di tutti gli stati del cervello*”<sup>293</sup>.

In questa prospettiva<sup>294</sup>, uno studio della mente umana indipendente dalla psichiatria somatica non era ritenuto necessario come non era ritenuta necessaria la conoscenza del contesto sociale in cui viveva il malato di mente. Da qui l'impossibilità di leggere la malattia mentale in termini di sofferenza umana e di esperienza del malato e da qui la nascita della dell'alienazione, attraverso la pratica dell'internamento. E' attraverso questa vasta operazione di “*alienazione*” che “*qualcosa di umano è stato messo fuori della portata dell'uomo, e retrocesso indefinitamente dal nostro orizzonte*”<sup>295</sup>.

La psichiatria positiva e la psichiatria somatica di fine XIX “[...] hanno creduto di parlare della sola follia nella sua oggettività patologica; loro malgrado avevano a che fare con una follia ancor tutta abitata dall'etica della sragione e dello scandalo dell'animalità”<sup>296</sup> e legando i disturbi psichici al funzionamento del corpo, attraverso nosografie e definizioni scientifiche, hanno permanentemente allontanato il folle dalla realtà quotidiana. “*Così, mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a sfuggire all'internamento, la sola follia vi resta [...]*”<sup>297</sup>.

I paradigmi evoluzionisti e la dottrina psichiatrica avevano la possibilità attraverso le diagnosi mediche di ridurre a definizioni scientifiche intere storie di vita, impedendo qualsiasi

---

<sup>292</sup>B. A. Morel, *Traité des Maladies Mentales*, Baillière, Paris 1860.

<sup>293</sup> W. Griesinger, *Tratté des maladies mentales: pathologie et thérapie*, A. Delahaye, Paris 1845.

<sup>294</sup> Tra i sostenitori della psichiatria somatica B. A. Morel, W. Griesinger, H. Helmholtz, T. Fechner e G. Wundt. Quest'ultimo non sosteneva la dipendenza del settore psichico da quello fisico, ma un parallelismo psicofisico in cui i due campi erano indipendenti e in corrispondenza biunivoca.

<sup>295</sup> M. Foucault, *op. cit.*, p. 85.

<sup>296</sup> *Ivi*, p. 163.

<sup>297</sup> *Ivi*, p. 352.

riflessione circa l'incidenza nel percorso del malato del contesto locale e dei valori di riferimento. Le nosografie etichettavano e stigmatizzavano<sup>298</sup> molteplici persone, nascondendo i conflitti di natura sociale e culturale e contribuendo alla costruzione della categoria del folle come un soggetto da escludere, in virtù del suo essere fuori “*dalla norma o dall'etichetta*”<sup>299</sup>. Queste considerazioni erano l'eco dell'impostazione psichiatrica introdotta in Italia dal medico Vincenzo Chiarugi che legato al positivismo sosteneva che “*le pazzie sono adunque errori di giudizio, e di raziocinio procedenti da una affezione idiomatica del sensorio comune, senza accompagnamento di febbre primitiva, o di affezione comatosa. È da quanto si è detto fin qui desumendo l'essenza delle malattie da comprendersi tra le pazzie, potrà dirsi pazzo con giustizia quell'infelice individuo della specie umana, che senza avere malattia febbrile, o lesione dei sensi esterni, e fuori delle circostanze di sonno, di ubriachezza, temulenza, e altre simili occasioni, mostra di avere delle sensazioni, che non hanno i circostanti posti nella medesima situazione; agisce o ragiona in maniera contraria a ciò, che esigono le sensazioni, le quali abbiamo ragione di supporre, che egli abbia; e finalmente, senza che la forza della ragione, e la testimonianza dei sensi possa convincerlo, si trova persuaso di un errore di per sé facile a riconoscersi, e che prima non l'avrebbe ingannato*”<sup>300</sup>. Chiarugi parlava di errori di giudizio e di folli come persone infelici, incapaci di fornire interpretazioni della realtà corrette. Il folle era tale, dentro il suo contesto sociale e in relazione a situazioni e altri individui, ma incapace di coglierne le dinamiche e le regole. Lo psichiatra procedeva nella definizione della follia escludendo le ulteriori possibili cause del delirio<sup>301</sup>, quali l'ubriachezza ed il sonno, e sostenendo che il folle si trovava nella condizione “*dell'essere persuaso dell'errore percettivo*”<sup>302</sup>, facile a riconoscersi in quanto tale, dai membri sani della società. Questa specifica situazione era considerata paradossale ed impossibile da realizzarsi in assenza della

---

<sup>298</sup> E.Gofmann, *Stigma, l'identità negate*, Ombre Corte, Verona 2012, p.14. Stigmatizzare è inteso da Gofmann come un particolare modo di rapportarsi con l'Altro, che prevede una relazione tra un attributo e uno stereotipo. Stigma nell'interpretazione dell'autore è sempre riferito ad un attributo dispregiativo.

<sup>299</sup> H.S.Backer, *Outsiders. Saggio di sociologia della devianza*, EGA, Torino 1987, pp.27-33. Becker nel suo saggio propone tra le varie interpretazioni della devianza quella di infrazione di una norma accettata. La devianza per l'autore è creata dalla società. Secondo la sua interpretazione i gruppi sociali creano la devianza istituendo norme la cui infrazione costituisce la devianza stessa.

<sup>300</sup> V. Chiarugi, *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico, con una centuria di osservazioni*, Luigi Carlieri, Firenze 1793, vol. I.

<sup>301</sup> *Ibidem*.

<sup>302</sup> *Ibidem*.

follia. Lo psichiatra immaginava quindi la follia come punto netto di rottura tra due momenti: la sanità e la malattia.

Una volta definita, isolata e separata dalle altre manifestazioni di malessere psichico, la follia diventò un vero e proprio paradigma scientifico e andò ad indagare tutti quei comportamenti e quelle azioni che senza la sua presenza risultavano assurdi ed inspiegabili. Diventò un modello con cui interpretare la società e i suoi membri.

Si stava costruendo un'architettura sociale che, allineandosi alle nuove tendenze culturali, (evoluzionismo di Darwin e positivismo di Comte)<sup>303</sup>, affermava di trovare le sue fondamenta nell'osservazione naturale e nelle rigide connessioni causali che determinavano il comportamento dei singoli e del corpo sociale nel suo complesso.

Gli psichiatri dell'epoca, affermando di basare il loro sapere sul metodo scientifico, sull'osservazione di parametri oggettivi, su metodi razionali condivisi, su dati verificabili, pretendevano di formulare discorsi che avevano statuto di verità, trasformandoli in discorsi di potere <sup>304</sup>, che allontanavano tutte le persone che non si uniformavano alle regole. Rivendicavano, in virtù del proprio metodo, e del totale dominio dell'oggetto di studio che era l'uomo, il suo cervello, la sua anatomia e la sua fisiologia, un ruolo di predominio in molti ambiti come ad esempio quello della giustizia e della legge.

Il più importante periodico italiano di psichiatria dell'epoca mostrava con quale forza gli psichiatri rivendicavano la ridefinizione del loro ruolo nel processo penale attraverso una legittimazione data dal "Tribunale della scienza"<sup>305</sup>. A seguito della sconfitta subita nel processo relativo al caso dell'ammazzabambini<sup>306</sup> lo psichiatra Livi sosteneva "*noi della difesa, noi sconfitti, derisi e anche calunniati, vogliamo [...] oggi, a mente calma, ricorrere in appello ad un altro Tribunale non meno sacro e venerando al Tribunale della scienza. Ed a*

---

<sup>303</sup> Il modello psichiatrico, viene visto non solo come paradigma decisivo per spiegare in termini razionali delitti e azioni ritenute altrimenti assurde ed inspiegabili, ma anche come un possibile modello su cui basare una nuova architettura del controllo sociale. (cfr. E. Mayr, *Il modello biologico*, ed. McGraw-Hill Italia, Milano 1998).

<sup>304</sup> M. Foucault, *Gli anormali. Corso al collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2009, p.113.

<sup>305</sup> F. Bini, C. Livi, E. Morselli, *L'uccisore di bambini*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1877, in C. Bizzarri, *Criminali o folli, nel labirinto della perizia psichiatrica*, Et al. Edizioni, Milano 2010, pp. 1-5.

<sup>306</sup> G. Patrizia, *L'ammazzabambini: Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 2006.

*questo Tribunale [...] offriamo fin d'ora le pagine di questo giornale. Noi per primi chiediamo di essere giudicati*<sup>307</sup> L'obiettivo condiviso da medici e giuristi, era la difesa sociale. L'infermità di mente, infatti, veniva richiesta con lo scopo di allontanare i soggetti pericolosi, non per esigenze mediche e di cura, ma per difendere l'intera società. La follia declinava nella pericolosità e la psichiatria isolando nelle malformazioni cerebrali la sede di ogni malattia<sup>308</sup>, sanciva di fatto l'incurabilità della malattia mentale, e quindi l'impossibilità di guarigione del folle, che poteva essere solo studiato e "neutralizzato"<sup>309</sup>. Il folle non potendo essere guarito e reinserito nella società restava una persona da escludere, inutile, socialmente non integrabile. Autore di comportamenti che violavano le leggi dell'uomo ma anche quelle della natura<sup>310</sup> degenerava per "la mala struttura corporea"<sup>311</sup>. Tutti i comportamenti difforni così si trasformavano in malattia ed erano patologizzati<sup>312</sup> e resi inoffensivi per la società solo se circoscritti "nel manicomio civile prima, in quello criminale poi".<sup>313</sup>

Il fatto criminale, il gesto difforme, il comportamento anomalo altro non erano che un sintomo rilevatore della degenerazione in atto nella persona e la degenerazione, quasi sempre, riguardava una malformazione cerebrale, che segnava definitivamente ed irrimediabilmente il comportamento dell'individuo, privandolo di ogni libertà.

## **2.2 La pazzia morale**

In Italia il dibattito scientifico sulla pazzia e sul folle si costruì prevalentemente intorno alla categoria della pazzia morale. La pazzia morale era definita come "una mania senza

---

<sup>307</sup> F. Bini, C. Livi, E. Morselli, *op.cit.*. C. Bizzarri, *op. cit.*, pp. 1-5.

<sup>308</sup> In Italia era forte l'influenza del monismo di Haekel. Secondo Haekel l'intelligenza e la moralità trovavano le proprie radici nella fisiologia e la cellula determinava tutti gli aspetti della vita. (Cfr. M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Pearson, Torino 2004, p. 19).

<sup>309</sup> C.A. Romano, I. Saurignani, *L'ospedale psichiatrico giudiziario tra ideologia e prassi*, in «Rassegna Criminale», 2001, p. 494.

<sup>310</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, *cit.*, pp. 57-67.

<sup>311</sup> F. Bini, C. Livi e E. Morselli, *op. cit.*. C. Bizzarri, *op. cit.*, pp.1-5.

<sup>312</sup> U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet, Torino 2008, p.73.

<sup>313</sup> *Ivi*, p.74.

*delirio*<sup>314</sup> che presentava alterazioni del comportamento caratterizzate dal reiterarsi nel tempo di irresistibili impulsi alla violenza<sup>315</sup>. Era anche una follia nella quale “*il carattere morale è più sovente intaccato che l’intelligenza*” e che si basava sull’idea che “*molti malati sono tali perché ammalati nel comportamento e non nelle idee*”<sup>316</sup>. Il suo nucleo era costituito dall’immoralità dei comportamenti, dalla perversione e dalla totale mancanza di sensi di colpa<sup>317</sup>. Questa malattia della mente, inizialmente inserita nelle monomanie, e successivamente separata da queste<sup>318</sup> si sviluppò all’interno delle teorie sull’ereditarietà e sulla degenerazione, arrivando ad inserire i folli morali all’interno della categoria dei “degenerati”<sup>319</sup>.

Per lo psichiatra Livi, direttore del Manicomio di San Lazzaro di Reggio Emilia nel 1876, degenerazione era “*un fatto morboso, vero, reale, visibile palpabile nei manicomi, una malattia cronica del cervello, determinata dalla lesione primitiva, essenziale, di una delle facoltà dell’intelletto umano [...] nasce con l’infelice che la porta e non guarisce mai; il folle morale nacque disposto, plasmato naturalmente al malaffare, un germe dunque ereditario, una vena di pazzo in questi individui, i quali pagano, senza saperlo, il fio delle infermità o delle colpe dei genitori; la follia morale ha cause morbigene speciali, fra le quali primeggia la mala disposizione ereditaria*”<sup>320</sup>. Il medico, inoltre, per primo in Italia configurò all’interno della degenerazione la categoria della pericolosità che diventerà concetto giuridico nel 1904 e che attraverso la legge Giolitti determinerà l’internamento di molte persone. “*Tremendo morbo, ancor più della monomania istintiva è la follia morale; poiché mentre quella non spenge che in un sol punto il senso morale, questa vi fa tenebra assoluta: mentre quella tira a un crimine solo, ed alligna sovente in coscienze rette e virtuose, questa tira ad ogni mal fare e viene da animi guasti e corrotti [...] non guarisce mai ed obbliga la società a separare da se un membro perpetuamente malato e pericoloso*”<sup>321</sup>. Anche lo psichiatra Tamburini, nel 1876, si espresse a

---

<sup>314</sup> U. Fornari, S. Coda, *Dalla pazzia morale al disturbo antisociale di personalità*, in «Rassegna italiana di Criminologia», 2000, p.183.

<sup>315</sup> O. Giraud, M. Ruocco, F. Scalfani, G. B. Traverso, *L’imputabilità dei soggetti con disturbo della personalità: nuove prospettive biocriminologiche*, in «Rassegna italiana di Criminologia», 2002, pp.305-345.

<sup>316</sup> J.C. Prichard., *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*, Londra, 1835, cit. in U.Fornari, S. Coda, *op. cit.*, p.183.

<sup>317</sup> O. Giraud, M. Ruocco, F. Scalfani, G. B. Traverso, *op. cit.*

<sup>318</sup> B.A. Morel, *Traité des Maladies Mentales*, cit.

<sup>319</sup> U. Fornari, S. Coda, *op.cit.*, p.184.

<sup>320</sup> *Ivi*, p. 193.

<sup>321</sup> *Ivi*, p.188.

riguardo affermando la necessità dell'introduzione dei manicomi criminali per coloro che erano spinti al delitto da impulsi morbosi e perversione d'animo e per *“quella forma purtroppo abbastanza frequente, e altrettanto quasi sempre disconosciuta nella sua indole morbosa, che è la pazzia morale”*. Il medico Tamburini sosteneva e auspicava, in virtù delle gravi conseguenze che la follia morale poteva avere sulla società, un ruolo maggiore degli psichiatri nei processi penali affinché potessero esprimersi sempre sul livello di pericolosità presente nelle persone ritenute folli, anche qualora non previsto dalla legge. *“Sono i medici, i medici alienisti periti, i quali sarebbero non dimandati, uscendo anzi dalle attribuzioni loro affidate come periti, si dian cura, premura di richiamare con insistenza, prima di chiudere le loro relazioni scritte od orali, l'attenzione dei magistrati sulle qualità pericolose di questi individui: se essi li riconoscono ancora malati dichiarando assolutamente necessario che siano collocati in luoghi di cura per essi e di sicurezza per gli altri [...]”*<sup>322</sup>.

La follia morale diventò una categoria nosografica di notevole importanza all'interno della psichiatria italiana tanto che nel III Congresso della Società Freniatria Italiana tenutosi a Reggio Emilia nel 1880 fu tema unico del dibattito. Anche Cesare Lombroso, sostenitore delle teorie evoluzioniste e deterministe, si interessò nei suoi studi della categoria del pazzo morale, inserendola nella quarta edizione dell'*Uomo delinquente* e accomunandola alla categoria del delinquente atavico o delinquente nato per il suo impulso a far del male al prossimo e per l'assenza di ogni rimorso. *“Il pazzo morale si fonde col delinquente congenito, solo differendone in ciò che è un'esagerazione dei suoi caratteri”*<sup>323</sup>. Iniziava così a delinearsi l'identità e la sovrapposizione tra le categorie del delinquente e del pazzo morale <sup>324</sup>.

Un ulteriore passaggio si ebbe con il medico Kraepelin che separò definitivamente questo tipo di follia dalla psicosi, caratterizzata, invece, dal delirio, inteso tradizionalmente come simbolo della sragione<sup>325</sup>. Inserì questa patologia prima tra gli stati di “debolezza psichica” (le

---

<sup>322</sup> R. Rosso, U. Fornari, *Il trattamento del prosciolto nella psichiatria positivista. Una rivisitazione storica*, in «Rivista Italiana Medico-Legale», XIV, 1992, p. 319.

<sup>323</sup> C. Lombroso, *L'Uomo delinquente*, Bocca, Torino 1896, I ed., p. 60, cit. in M. Gibson, *op. cit.*, p. 32.

<sup>324</sup> U. Fornari, *Temperamento, delitto e follia*, in «Rivista Italiana Medico-Legale», 2001, p. 515.

<sup>325</sup> Mentre nel Medioevo il problema della follia era inserito nella problematica del bene e del male e giustificato con la tragicità umana, nell'età classica l'analisi etica sull'uomo contrapponeva fortemente la ragione alla sragione, escludendo e condannando quest'ultima. La follia, espressione della sragione era percepita nell'orizzonte sociale

insufficienze mentali) e successivamente, insieme alla monomania impulsiva, nella settima edizione del suo Trattato di psichiatria, nel capitolo dedicato alla personalità psicopatica<sup>326</sup>.

La follia morale definitivamente inserita nella teoria della degenerazione, assunse una estensione pressoché illimitata, sconfinando fino all'ambito del diritto e annullando il problema della responsabilità del soggetto autore di reato. La degenerazione faceva sì che il folle si vedesse marchiato da una tara costituzionale, ereditaria e che quindi non potesse fare altro che delinquere. Era irresponsabile e irrecuperabile, ma soprattutto pericoloso, temibile per la sua imprevedibilità ed i suoi irrefrenabili impulsi<sup>327</sup>.

Il folle morale era intrappolato nel “*circolo chiuso dell'evoluzione Darwiniana*”<sup>328</sup>, e la sua degenerazione era osservabile di generazione in generazione. “*Risulta chiaramente che la maggior parte dei figli dei malati mentali presenta notevoli deviazioni dal tipo normale ed i caratteri della più completa degenerazione fisica e morale [...] Nella maggior parte questi individui presentano sempre le impronte dell'ambiente corrotto e immorale nel quale hanno vissuto*”<sup>329</sup>. Il riferimento all'ambiente e al contesto era puramente retorico: la degenerazione, la perversione, era per la maggioranza degli scienziati dell'epoca ereditaria, congenita.

Le categorie nosografiche e le categorie morali nel folle morale si intrecciavano fino a confondersi. La degenerazione diventava giudizio morale, etico ed insieme scientifico, oggettivo. Questa sovrapposizione, legittimerà gli psichiatri ad utilizzare nelle loro perizie termini desueti, non specializzati, come oziosità, orgoglio, cattiveria, ostinazione. Un

---

della povertà, dell'incapacità al lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo e si manifestava nel delirio. (cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit.)

<sup>326</sup> E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano 1907.

<sup>327</sup> Le posizioni degli psichiatri sulla pazzia morale, nel dibattito scientifico nel periodo che va dal 1876 al 1888, non furono univoche. Per alcuni (Tanzi, Cacopardo) la pazzia morale era una degenerazione antropologica non necessariamente connessa con la pazzia e quindi coloro che erano privi del sentimento morale non dovevano essere internati. Altri invece ritenevano la pazzia morale una categoria speciosa ed arbitraria, una nuova espressione della “vecchia pazzia ragionante o frenosi epilettica” (Venanzio). Prevalse tra le varie correnti di pensiero la visione patologica della follia, di carattere degenerativo, che comportava l'assoluta irresponsabilità dei soggetti (Livi, Tamburini, Tamassia, Verga). Cfr a riguardo U. Fornari, S. Coda, *op. cit.*, pp. 191-200.

<sup>328</sup> A. Scartabellati, *L'umanità inutile. La “questione follia” in Italia tra fine ottocento e inizio novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Verona*, FrancoAngeli, Milano 2001, p. 23.

<sup>329</sup> *Ivi*, p.78.

linguaggio dei “genitori o dei libri per bambini”<sup>330</sup>. Nella perizia psichiatrica di Giovanni C., si legge:

*“Comportamento scorretto, dà fastidio agli altri malati, è disubbidiente, insofferente alla disciplina, piange per un nonnulla, ha tendenza al furto [...]. E’ assai difficile dare un giudizio esatto sullo stato delle sue facoltà psichiche poiché il paziente risponde difficilmente alle domande rivoltegli o meglio risponde solo a sproposito. Così al relatore non è riuscito che fargli dire altro che il suo nome e la sua età [...] non ubbidisce neanche ai comandi elementari [...] attenzione scarsissima. Il Prof. Mingazzini conosce il paziente e lo giudica un pazzo morale: ciò è confermato dall’anamnesi e dal contegno. Certo egli è un deficiente grave che manifesta spiccate tendenze antisociali: oggi è pericoloso a sé; potrà domani esserlo ad altri. Si ritiene pertanto giustificato il suo internamento in manicomio, aggiungendovi a quanto già si è detto la mancanza assoluta di sentimenti affettivi e risultando egli nel suo complesso, affetto da una delle forme più gravi di deficienza, con tendenze impulsive, amorali. Figlio di un alcolista, il suo cammino nella vita è nettamente tracciato: dirà l’avvenire se e quanto possa migliorarlo l’educazione e se egli potrà un giorno essere restituito alla società, senza pericolo per questa.”*<sup>331</sup> Ed è attraverso questo linguaggio moraleggiante, pieno di giudizi di valore, che si realizzava la trasformazione delle nozioni mediche in categorie giuridiche. La debolezza e vaghezza delle definizioni mediche così declinate introduceva un nuovo linguaggio nei tribunali e nei manicomi, capace di assumere una valenza regolatrice e normalizzatrice<sup>332</sup>.

La follia così intesa e spiegata poteva essere causa di molteplici forme di degenerazione. La follia non si esprimeva solo nelle sue forme classiche, ma poteva produrne altre quali il vizio morale, il vizio di comportamento, la delinquenza, permettendo “di determinare i reticoli ereditari più fantastici e più flessibili”<sup>333</sup>. Dall’unica malattia della follia morale potevano formarsi tanti anomarli, tutti diversi tra loro, ma accomunati dall’inguaribilità e dal fatto che erano portatori di altra follia. La dimensione terapeutica passava così in secondo piano, in virtù dell’impossibilità di guarigione per il malato, spostando l’attenzione sulla dimensione della tutela e del controllo sociale. Il folle morale era percepito come una persona pericolosa, a metà

---

<sup>330</sup> M.Foucault, *Gli anormali*, cit., p.38.

<sup>331</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Cartella clinica di Giovanni C., Esame psichico, 1903. Giovanni era un bambino di nove anni ricoverato presso il manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma nel maggio del 1903.

<sup>332</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit., p. 40.

<sup>333</sup> *Ivi*, p. 280.

tra il folle delirante ed il criminale. Sempre deficiente, ma di “*astuzia finissima*”. Perverso, non per disegno, ma per degenerazione biologica.

Pericolo e perversione si univano nel pazzo morale e legittimavano scientificamente la paura verso ogni forma di follia, che andava isolata. Il manicomio diventerà lo strumento idoneo a proteggere la società dal pericolo e dallo scandalo e le sbarre e i recinti il simbolo della separazione dei degenerati dai sani.

### ***2.3 Tra scienza e diritto: la pericolosità sociale***

I rapporti tra psichiatria e diritto iniziarono a costruirsi nell’800 quando il modello psichiatrico oltre a cercare di spiegare razionalmente le azioni violente e aggressive ritenute assurde e prive di motivazioni razionali, mirava a fornire un valido strumento di sostegno alle esigenze di sicurezza sociale. Le teorie dominanti, l’evoluzionismo Darwiniano e la visione determinista, davano risalto prevalentemente all’osservazione naturale dei fenomeni e alle connessioni causali che influenzavano e determinavano il comportamento degli individui. La psichiatria somatica<sup>334</sup> sembrava intenta a separare i comportamenti ritenuti giusti da quelli sbagliati, le azioni socialmente positive da quelle negative, inserendo la follia nel genere della pericolosità. Verso fine secolo “*la psichiatria [...] non funziona come specializzazione del sapere e della teoria medica, ma piuttosto come una branca specializzata dell’igiene pubblica [...] istituzionalizzata come misura di sicurezza sociale*”<sup>335</sup>.

In questi anni, era da poco nata la Società Freniatica Italiana (1873). Nel corso del I congresso avvenuto ad Imola nel 1874 essa aveva definito le malattie mentali come “*alterazioni del cervello*”<sup>336</sup> scostandosi dalla vicina psichiatria francese ancora legata alla visione della follia come malattia dell’anima e all’idea che la terapia morale<sup>337</sup> fosse l’unica cura efficace.

---

<sup>334</sup> M. Rossi Monti, *op. cit.*, pp.28-29.

<sup>335</sup> M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, p.11.

<sup>336</sup> U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense, cit.*, p.72.

<sup>337</sup> Ph.Pinel, *op. cit.*

Mentre in Francia con l'introduzione della teoria della degenerazione mentale di Auguste Morel<sup>338</sup> e Valentin Magnan<sup>339</sup> si ragionava della responsabilità penale dei folli prevalentemente per sottrarli alla pena di morte, in Italia, dove l'influenza tedesca e il monismo<sup>340</sup> avevano riscosso più consenso scientifico, la malattia mentale era considerata come conseguenza di una malformazione cerebrale, quasi sempre incurabile, che rendeva il folle una persona non meritevole di salvezza, al massimo di osservazione.<sup>341</sup> La scientificità dell'osservazione si imponeva sullo spirito di carità e pietà che aveva animato la gestione dei manicomi fino a qualche anno prima<sup>342</sup>. *“Noi non terremo chiuso nella gabbia, per paura questo povero mostro, ma lo trarremo fuori dinnanzi al pubblico, perché sia studiato tutto, nella terribile pur miseranda nullità sua, dalla pianta del piede fino al vertice del capo perché si veda e si sappia bene, come questa povera umanità può esser tratta a fare male, non sol per depravazione morale, ma anche per mala struttura corporea”*<sup>343</sup>.

Il mostro<sup>344</sup> era il nuovo soggetto da studiare sia per la scienza che per la legge. Il mostro era colui che compiva azioni efferate e crudeli, che non potevano essere considerate umane, e che dovevano essere il frutto della pazzia. Una pazzia che invadeva la vita degli altri e la turbava, mettendo a rischio il quieto vivere e il buon costume. Una pazzia di carattere morale<sup>345</sup>. Il mostro con i suoi gesti insensati e feroci che non trovavano spiegazioni valide nella ragione comune poteva essere analizzato e descritto solo da chi possedeva gli strumenti e le competenze idonee per farlo: il medico- psichiatra, che nella natura e nei tratti biologici trovava le chiavi di lettura della malattia. Terribile e oscuro, dominato dai sensi più brutali e primitivi diventava un modello di riferimento, una base su cui costruire una scala di deviazioni, che aveva ai suoi punti

---

<sup>338</sup> U. Fornari, *Temperamento, delitto, follia, cit.*, p.509.

<sup>339</sup> Si legga a riguardo V. Magnan, *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*, Baillière, Paris 1885.

<sup>340</sup> Di rilievo è la riflessione di Haeckel che sosteneva che intelligenza e moralità nascevano nella fisiologia e che le cellule determinavano il corso delle vita. (Si legga a riguardo M. Gibson, *op. cit.*, p.19).

<sup>341</sup> C. A. Romano, I. Saurignani, *op. cit.*, p.494.

<sup>342</sup> C. L. Morichini, *Degli istituti di pubblica carità e di istruzione primaria in Roma*, Tip. Camerale, Roma 1835.

<sup>343</sup> F. Bini, C. Livì, E. Morselli, *op. cit.*, pp.1-5.

<sup>344</sup> La nozione di mostro come sottolineava Foucault si avvicinava ad una nozione giuridica, ma non si estingueva in essa. Oltre a rappresentare una violazione delle leggi dell'uomo, era anche violazione delle leggi di natura. Si legga a riguardo M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, pp.100-147.

<sup>345</sup> U. Fornari, S. Coda, *Dalla pazzia morale al disturbo antisociale di personalità, cit.*, pp. 183-210.

estremi la massima violenza e la massima virtù sociale. Una scala di mostruosità in grado di accostare anche le più piccole forme di anomalie a qualcosa di inumano<sup>346</sup>. E così il mostro che poteva compiere atti di gravità di vario livello, diventava comunque e sempre un soggetto pericoloso, in virtù di un nuovo stigma scientifico, quello della pericolosità appunto, che conduceva i folli più semplici come quelli più degenerati ad uno stesso destino: l'internamento. L'unicausalità biologica, l'ereditarietà e la degenerazione spiegavano così tanto la follia quanto il crimine, intendendolo come espressione della prima. Tutti i comportamenti difformi diventavano patologici e riconoscibili attraverso anomalie comportamentali e stigmate .

Le stigmate della degenerescenza<sup>347</sup> erano dei segni che per frequenza, presenza e specificità dei caratteri distruggevano l'armonia biologica *“in cui la specie trova gli strumenti per assecondare il proprio doppio fine naturale della conservazione e della riproduzione”*<sup>348</sup>. Esse, per la psichiatria intervenivano su differenti aree del cervello e del corpo e producevano delle *“tare”* che si riflettevano su diversi tipi di degenerati. *“Le stigmate dei degenerati, possono venir distinte in due classi: le stigmate fisiche e le stigmate psichiche. Le stigmate fisiche, più conosciute e ben studiate da Morel, Legrand du Saule etc, possono colpire, nello stesso malato, tutti gli organi, tutti gli apparati e tradursi in anomalie e vizi di funzionamento più diversi (...) Infine è ancora al sistema nervoso che bisogna riportare le stigmate d'ordine psichico che segnano gli ereditari e di cui ora andrò a occuparmi. Queste stigmate fisiche possono colpire sia le facoltà morali sia quelle intellettuali”*<sup>349</sup>. Tutte le stigmate avevano carattere ereditario, ma si sviluppavano o nel corpo o nella psiche del degenerato, che veniva a prescindere escluso per l'orrore procurato dai tratti estetici non regolari o per i comportamenti ritenuti inadeguati. Esse erano uno strumento di divisione sociale che etichettava e definiva le persone sulla base di menomazioni, malformazioni e limitazioni fisiche oppure sulla base di comportamenti non accettati. La mostruosità nel degenerato si presentava quindi come deviazione dal tipo

---

<sup>346</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit, p.58.

<sup>347</sup> La definizione è di J. Dallemagne (cfr. J. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*, Lamartin, Paris 1895, p. 172).

<sup>348</sup> *Ibidem*.

<sup>349</sup> La formulazione dei segni della degenerazione è di J. Déjérine (cfr. J. Déjérine, *Anatomie des centres nerveux*, Rueff, Paris 1895) accolta da J. Dallemagne (riportata in J. Dallemagne, *Les stigmates biologiques et sociologiques de la criminalité*, Masson, Paris 1896).

normale<sup>350</sup> che si trasformava in un mostro asociale, da correggere, rinchiodare o internare. Il mostro, diverso dal monstrum antico “*un pallido mostro che sopravvive alla sua morte, negli spazi umbratili dell’inconscio, nelle sale anatomiche dei biologi, o negli spazi interplanetari*”<sup>351</sup>, diventava anormale<sup>352</sup>, mostro morale. “*Mentre la mostruosità in precedenza portava in se stessa un sintomo di criminalità, adesso c’è un sospetto sistematico di mostruosità dietro ogni forma di criminalità*”<sup>353</sup>. Il criminale, inteso come mostro morale, era quindi pericoloso perché si comportava in modo inadeguato e rischioso per sé e per gli altri, antepoendo i propri interessi a quelli sociali e regredendo così allo stato primitivo. “*L’uomo della foresta riappare dunque insieme al criminale*”<sup>354</sup> come manifestazione del mostro “*dal basso*” che si oppone al bene comune e si manifesta come “*quel mostro che ritorna alla natura selvaggia, il brigante, l’uomo delle foreste, il bruto con il suo istinto illimitato*”<sup>355</sup>. In ogni criminale, era presente l’attributo della mostruosità, che si trasformava in devianza, in gesti impropri e senza ragione, quindi in pazzia morale. Nella mostruosità, il folle e il delinquente, trovavano il minimo comun denominatore.

Il mostro, il delinquente e il pazzo morale erano tutte rappresentazioni dello stesso fenomeno, la malattia mentale, o meglio la pazzia morale.

*“La pazzia morale o monomania affettiva dell’Esquirol, mania senza delirio del Pinel, o pazzia ragionante, o imbecillità morale, consiste, come denota il nome, in un’alterazione del senso morale, che può giungere sino alla sua assoluta mancanza. Per molto tempo essa non costituì in psichiatria un’entità nosologica, ma semplicemente un sintomo di altre numerose alienazioni. Ma ora, come in psichiatria avviene di altre sindromi, quali la paralisi e la demenza, costituisce veramente una specie morbosa a sé, a cui io ho assegnati caratteri nuovi e precisi, che ne disegnano il quadro clinico sulla base dell’epilessia, fondendovi insieme la*

---

<sup>350</sup> Lo studio delle differenze tra il tipo normale e il mostro, ossia lo studio delle irregolarità fisiche, costituirà la base della nascita della teratologia moderna (cfr. P. Ancet, *Teratologia, ovvero la scienza dei mostri. Il lavoro di Geoffroy Saint-Hilaire*, in U. Fadini, A. Negri, C.T. Wolfe (a cura di), *Desiderio del mostro. Dal circo, al laboratorio, alla politica*, Manifestolibri, Roma 2001, pp.83-88).

<sup>351</sup> C. Bologna, *Mostro*, in Enciclopedia Einaudi, Einaudi, Torino 1980, Vol. IX, p.576.

<sup>352</sup> M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, pp. 103-104.

<sup>353</sup> E. Musemaci, *Cesare Lombroso e le neuroscienze: un parricidio mancato*, FrancoAngeli, Milano 2013, p.60.

<sup>354</sup> M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, p. 89.

<sup>355</sup> *Ivi*, p.95.

*figura del criminale-nato, dal quale assai più difficile riesce il differenziarlo anziché di provarne l'identità. Sulle prime si proverà certo grande ripugnanza ad accettare la fusione del pazzo morale col delinquente-nato: sia perché siamo avvezzi a considerare il reo di tanto più responsabile di quanto più grande è stata in lui la colpa, sia perché difficilmente si può immaginare altro modo per paralizzarne i malefici oltre quello della pena, la quale evidentemente non si può imporre a un pazzo; eppure l'evidenza s'impone, suffragata da numerose prove*<sup>356</sup>.

I pazzi morali “mancano del tutto del senso morale, mostrando in ciò l'analogia più importante con i rei-nati. Sono (li descrive Krafft-Ebing)<sup>357</sup>, una specie di idioti morali, che non possono elevarsi a comprendere il sentimento morale dovuto all'educazione: questo si arresta alla forma teorica senza tradursi in pratica; sono ciechi morali, perché la loro retina psichica è anestetica. Manca in essi la facoltà di utilizzare nozioni di estetica, di morale, di modo che gli istinti latenti nel fondo di ogni uomo prendono il sopravvento. Le nozioni d'interesse personale dell'utile o del danno, dedotte dalla logica pura, possono essere normali; donde un freddo egoismo che rinnega il bello, il buono, insofferenza alla sventura altrui e al giudizio degli altri. Se vengono in collisione colla legge l'indifferenza si muta in odio, in vendetta, in ferocia, nella persuasione di essere in diritto di fare il male; o la nozione della colpeabilità che hanno in certi casi è affatto astratta e quasi meccanica della legge. Essi parlano (scrive ancora il Vigna, uno psichiatra spiritualista), frequentemente di ordine, di giustizia, di moralità, di religione, di onore, di patriottismo, di filantropia, ecc. — vocaboli prediletti del loro frasario —, ma ciò che loro manca sì è appunto il sentimento relativo. In questa mancanza si trova la spiegazione dei loro giudizi così strani e contraddittori sui medesimi fatti, e sta la ragione per cui invano si tenta di convincerli dei loro torti, dell'immoralità degli atti, dell'assurdità delle opinioni, dell'ingiustizia delle pretese. Sono individui suscettibili bensì d'una superficiale istruzione intellettuale, ma decisamente ribelli ad una vera educazione morale, la cui base precipua è costituita appunto dal sentimento”<sup>358</sup>.

---

<sup>356</sup> C. Lombroso, *op. cit.*

<sup>357</sup> R. von Krafft-Ebing, *Psycopathia Sexualis*, Manfredi, Milano 1966 (ed.or., *Psycopathia Sexualis*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1886).

<sup>358</sup> C. Lombroso, *op. cit.*

Il pazzo morale, quindi, sia se sottoposto al tribunale della giustizia che a quello della scienza, risultava colpevole e non assolvibile per i sentimenti di timore e orrore che procurava nella società. Una società di virtuosi e sani, che trovava la sua espressione più autentica nell'uomo morale. La forza civile e religiosa<sup>359</sup>, la veracità<sup>360</sup>, la pazienza e la perseveranza<sup>361</sup>, il coraggio, l'onestà, il rispetto di Dio e della famiglia<sup>362</sup>, l'uso di una libertà controllata e misurata erano le qualità da possedere per essere parte attiva e cosciente della società. Discostarsi da tali attributi equivaleva a porsi dall'altra parte della società, quella cattiva, da temere. La libertà doveva esistere, ma non doveva essere abusata, né travisata, doveva essere gestita correttamente dalle istituzioni preposte a difenderla. Opporsi ad esse<sup>363</sup> equivaleva a compromettere seriamente lo sviluppo sociale *“particolarmente la famiglia, minacciandone l'intima costituzione e la sua unità sacra, perché la famiglia è l'origine della società civile e di ogni altro consorzio”*<sup>364</sup>. Lo sgretolarsi dei legami più intimi e cari e l'assenza del rispetto per Dio e della famiglia erano tra i principali fattori di sviluppo dell'immoralità e della delinquenza *“Sì, o signori [...] la morale in famiglia è profondamente minata, e in questo fatto terribile voi dovete riconoscere una fonte larghissima di delinquenza. Volete voi diminuire la criminalità? Mettete un argine alla progressiva dissoluzione dello spirito di famiglia”*<sup>365</sup>.

#### ***2.4 Folle e delinquente, delinquente e folle***

Il XIX secolo si presentava come il secolo della confusione. La psichiatria procedeva sulla base delle teorie deterministe, nella ricerca di una verità biologica che potesse spiegare la malattia mentale e il diritto cercava di costruire un sistema giuridico in grado di contemplare tutte le forme e le manifestazioni possibili della devianza. Non si realizzò una separazione netta tra le due discipline. In tribunale, l'accettazione delle prove basate sugli esami genetici

---

<sup>359</sup> A. Alfani, *Il carattere degli italiani*, Barbera Editore, Firenze 1899, pp.45-63.

<sup>360</sup> *Ivi*, pp. 64-81.

<sup>361</sup> *Ivi*, pp. 82-104.

<sup>362</sup> *Ivi*, pp. 105-127.

<sup>363</sup> *Ivi*, p.112.

<sup>364</sup> *Ibidem*.

<sup>365</sup> *Ibidem*.

comportava spesso un'analisi dell'atto criminoso come atto scaturito unicamente dalla cattiva costituzione cerebrale dell'imputato, senza nessuna previsione di influenza degli aspetti culturali, emotivi e ambientali. La cura e la terapia passavano in secondo piano in quanto ritenute inadeguate a curare chi era stato condannato dalle leggi della natura. La stessa condanna del tribunale e la pena inflitta perdevano di significato, in virtù della priorità accordata all'obiettivo della sicurezza pubblica.

Il Manicomio in un simile contesto si presentava come lo strumento più idoneo ad accogliere folli e delinquenti, appariva come un piccolo mondo giudiziario adatto a circoscrivere i comportamenti percepiti come sbagliati.

Queste le premesse per quel rapporto incerto ma costante tra follia e giustizia, manicomio e carcere, pazzo e delinquente che Foucault descriveva ne "il Potere Psichiatrico"<sup>366</sup>. I medici psichiatri a metà '800 esprimevano in maniera autonoma considerazioni e valutazioni su atti criminosi e cercavano di spiegarli all'opinione pubblica come manifestazioni della follia, attraverso il concetto di monomania<sup>367</sup>. La monomania era una malattia con un solo sintomo, quello del crimine appunto, e ben si prestava a racchiudere al suo interno tutta una serie di "pericoli". Il pericolo quindi era esso stesso una manifestazione della malattia mentale e la psichiatria poteva occuparsene come campo di studio attinente il proprio sapere. Il delinquente e il folle coincidevano nella figura del pericoloso.

La capacità a delinquere spiegata attraverso la malattia mentale induceva gli psichiatri a sentirsi promotori e tutori della sicurezza sociale e a percepirsi come unici soggetti in grado di capire e prevenire ulteriori danni alla comunità. L'obiettivo ultimo era quello del controllo e i medici ne erano i paladini per eccellenza *"non per dimostrare che ogni criminale è un folle potenziale, ma per dimostrare, cosa più grave e più importante per il potere psichiatrico, che ogni folle poteva essere un criminale. Il fatto di fissare una certa follia a un crimine e identificare, al limite, la follia con ogni crimine, era il mezzo per fondare il potere psichiatrico, non tanto in termini di verità, quanto piuttosto in termini di pericolo"*<sup>368</sup>.

---

<sup>366</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2004, pp.224-225.

<sup>367</sup> M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, pp.111-112.

<sup>368</sup> M. Foucault, *Il Potere Psichiatrico, cit.*, pp.224- 225.

Il rapporto strettissimo tra la figura del folle e del delinquente si consolidò per tutto il secolo XIX, fino all'inizio del XX secolo, sorretto dalle teorie evoluzioniste e della nascita della criminologia che ebbe in Cesare Lombroso uno dei suoi massimi esponenti. Le sue teorie, ottennero un notevole consenso in Italia e contribuirono alla definizione delle stigmate fisiche e psichiche che portarono alla reclusione e all'internamento di molte persone. Gli uomini erano divisi in tipi e avevano impresso nel proprio corpo gli attributi della delinquenza e della follia. Erano condannabili ancor prima di aver compiuto un atto criminoso, in base alla loro conformazione fisica. Il suo pensiero dominò tra il 1880 e l'inizio del XX secolo il dibattito criminologico in Europa e diventò una fonte primaria per gli storici del genere, della razza, delle leggi e della scienza. Le sue analisi limitate alle sole caratteristiche fisiche del criminale, del folle e della donna, prive di uno studio che tenesse in considerazione l'incidenza del contesto culturale e sociale, rappresentarono il punto cruciale della concezione del corpo come manifestazione del valore umano. Partivano dall'adesione all'evoluzionismo Darwiniano e si contrapponevano al poligenismo, secondo il quale le "razze" bianca, gialla e nera costituivano diverse specie<sup>369</sup>. Lombroso scorgeva delle somiglianze tra i cervelli delle scimmie e quelli umani e sulla base delle teorie della lotta per la sopravvivenza e della selezione naturale, spiegava l'emergere della razza nera, della razza gialla e infine di quella bianca. Egli postulava una gerarchia razziale che partiva dal gradino più basso della scala evolutiva, i neri africani, per arrivare al gradino più alto rappresentato dai bianchi europei. La loro superiorità era visibile nei loro corpi che possedevano "*la più perfetta simmetria*"<sup>370</sup>. Nei neri africani, invece, descritti con corpi deformi e con un intelletto inferiore, si notava l'origine animale e lo spirito "selvaggio" non presente nella razza bianca, ma presente nei delinquenti<sup>371</sup>. I delinquenti bianchi erano quindi una regressione nella scala evolutiva, perché possedevano caratteri fisici e psichici anomali nella razza bianca, ma normali nelle razze inferiori e meno civilizzate. E le donne erano, tra le razze inferiori, quelle che assomigliavano di più all'uomo. Anche in questo caso era l'evoluzione a differenziare i sessi e a inserire la donna nella sfera domestica, unico posto dove avrebbe potuto compiere la propria natura. Lombroso sosteneva con convinzione

---

<sup>369</sup>C. Lombroso, *L'uomo Bianco e l'uomo di colore, lettere sull'origine e la varietà delle razze umane*, F. Sacchetto, Padova 1971, pp. 220-225.

<sup>370</sup>*Ivi*, p. 222.

<sup>371</sup>*Ibidem*.

la diversità di genere e trasformava i tradizionali stereotipi di genere in presunte categorie scientifiche. Quindi non solo la donna era diversa dall'uomo, ma la donna delinquente rappresentava una doppia eccezione, sia come donna che come delinquente. La criminalità nella donna “è più intensa e perversa di quella maschile”<sup>372</sup> e se “le criminali nate sono in minor numero che i maschi, sono spesso di efferatezza assai maggiore”<sup>373</sup>. In quanto donna è “meno sensibile al dolore dell'uomo”<sup>374</sup>, ma come per i bambini “il suo senso morale è deficiente”<sup>375</sup>. Queste caratteristiche la portano ad essere “vendicativa, gelosa, portata a procurarsi vendette di una crudeltà raffinata”<sup>376</sup>. Le donne erano per Lombroso “dei grandi bambini; le loro tendenze al male sono più numerose e più svariate che nell'uomo, solo rimangono quasi sempre latenti, quando però attizzate e ridestate il loro risultato è naturalmente assai più grande”<sup>377</sup>. Ecco perché la criminale nata è doppiamente mostruosa<sup>378</sup>, perché è una doppia eccezione “è una eccezione a doppio titolo; come criminale e come donna, perché i criminali sono un'eccezione nella civiltà, e le donne criminali sono un'eccezione tra i criminali stessi [...]”<sup>379</sup>.

Cesare Lombroso partendo da questa scala umana, cercò di individuare le correlazioni esistenti tra i comportamenti criminali e amorali e i tratti fisici nelle persone, tra la degenerazione morale e quella fisica. Le sue riflessioni sulla devianza, intesa come malattia organica, si trasformarono in una scienza dell'esclusione che aveva per oggetto il diverso. Lombroso utilizzò per i suoi studi la matematica e la statistica, nel tentativo di fornire alla sua dottrina rigore scientifico. Propose per l'esame antropologico dei pazzi e dei delinquenti l'utilizzo di una tabella<sup>380</sup> in cui erano annotate delle misure corporee che fungevano come parametri di misurazione delle varie parti dell'organismo. Si avvale di grafici e mappe statistiche per superare quelli che considerava i pericoli impliciti nelle scienze umane. Esse per

---

<sup>372</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente la prostituta e la donna normale*, prefazione di M. Gibson e N. Hahn Rafter, Et Al, Varese 2010, p.439.

<sup>373</sup> *Ibidem*.

<sup>374</sup> *Ibidem*.

<sup>375</sup> *Ibidem*.

<sup>376</sup> *Ibidem*.

<sup>377</sup> *Ibidem*.

<sup>378</sup> *Ibidem*.

<sup>379</sup> *Ibidem*.

<sup>380</sup> C. Lombroso, *Studi clinici e antropometrici sulla microcefalia e sul cretinismo*, in «Rivista clinica Bologna», s. II, a. III, n.7, 1873.

lo studioso erano mutevoli e incerte, in virtù di un oggetto di studio mutevole e incerto e non potevano essere trattate con rigore e precisione, se non a discapito della loro attendibilità.

La massima espressione del suo pensiero si ebbe con la formulazione della teoria dell'atavismo<sup>381</sup>. In base ad essa i soggetti criminali erano individui che tornavano a vivere una condizione primitiva, guidata da istinti e passioni primordiali. Erano chiusi all'apprendimento, allo stadio selvaggio e per questo entravano in conflitto con la società. Il delinquente era tale dalla nascita, per difetto di nascita, rinchiuso negli istinti primordiali sui quali non aveva nessuna possibilità di controllo. Era vittima di pulsioni che non poteva gestire e controllare e che lo condannavano a compiere continuamente atti devianti e violenti. In questo panorama la biologia diventava strumento di spiegazione del crimine attraverso la catalogazione di espressioni, sintomi, tratti fisici ed estetici che fornivano una mappatura che conduceva i medici ad un precoce riconoscimento del delinquente. Forte delle sue teorie Lombroso affermava “*Quanti errori e quante illusioni risparmierebbe il criminalista e il psichiatro cui fossero note le risultanze della moderna antropologia e che sapesse con strumenti e cifre, convincersi come alle aberrazioni del senso morale e della psiche corrispondano anomalie del corpo e della mente*”<sup>382</sup>. I tratti che definivano il soggetto come delinquente nato erano sia fisici che morali. Tra i primi si annotavano ad esempio capelli lanosi o riccioluti, labbro leporino, mandibole pronunciate, fronte bassa, deviazione del peso del cervello, sviluppo anormale della dentatura, balbuzie<sup>383</sup>. Tra i secondi la pigrizia, l'oziosità, il desiderio del male, la pratica di orge, l'impudenza, la menzogna<sup>384</sup>.

Questi tratti morali comuni sia al folle morale che al delinquente, inserivano di diritto ambedue i soggetti nelle schiere “degli anormali”. Alcune malattie erano “quasi crimini” (cleptomania e piromania) così come i crimini spesso erano conseguenza della follia (a causa della ferocia delle azioni e della loro incomprensibilità). Malattia e delinquenza avevano un terreno comune nel delitto, inteso come forma estrema di degenerazione umana ed erano

---

<sup>381</sup> C. Lombroso, *L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, in L. Rodler (a cura di), il Mulino, Bologna 2011, pp. 108-110.

<sup>382</sup> C. Lombroso, *Studi clinici e antropometrici sulla microcefalia e sul cretinismo*, cit., p.193.

<sup>383</sup> R. Garofalo, *Criminologia. Studio sul delitto, sulle sue cause e sui mezzi di repressione*, Fratelli Bocca, Torino 1891, pp. 70-72.

<sup>384</sup> *Ibidem*.

sottomesse alla stessa logica<sup>385</sup>. In questa corsa alla protezione della società dal pericoloso, in virtù della quale era più importante difendersi che capire bene chi era l'internato, restavano fuori dalla vita sociale tutti coloro che non erano in grado di integrarsi e di adeguarsi .

La psichiatria attraverso questa fusione del folle e del delinquente riusciva a sostituirsi alla giustizia intervenendo per controllare la società e difenderla dai pericoli che la minavano dall'interno, causati da chi non era in uno stato normale. Partendo dalla categoria della degenerazione e attraverso le analisi dell'ereditarietà si costruiva un razzismo, diverso da quello "etnico"<sup>386</sup>. Si costruiva un razzismo mirato contro l'anormale, contro le persone portatrici di stigma, di un difetto qualsiasi trasmissibile alle generazioni future, nelle molteplici forme del male. Si trattava di un razzismo "che avrà come funzione non tanto la prevenzione o la difesa di un gruppo contro un altro, quanto l'individuazione all'interno stesso del gruppo, di tutti coloro che potranno essere portatori di pericolo"<sup>387</sup>. Si trattava di razzismo "interno"<sup>388</sup> che permetteva di identificare, selezionare, nominare e escludere determinati individui, dentro una determinata società.

Tra gli strumenti utilizzati dagli esperti per compiere questa operazione di esclusione che continuava a legare indissolubilmente il destino del matto a quello del delinquente-reo, c'era la perizia psichiatrica<sup>389</sup>. Fortemente sostenuta dai medici essa permetteva di esprimersi sullo stato interiore, sulla salute psichica dell'agente, superando la condanna dell'atto in sé e conducendo all'identificazione del soggetto socialmente pericoloso. Valutare lo spazio dell'interiorità permetteva di comprendere il diverso grado di intenzionalità e di assolvere chi compisse azioni delittuose, in stato di follia, dalle pene del sistema giudiziario. Il reato diventava imputabile solo a chi agiva nel pieno possesso delle proprie facoltà e la condanna doveva tener conto delle condizioni mentali dell'imputato. La perizia medico-psichiatrica entrava a forza nel sistema penale, stabilendo ancora una volta l'importante ruolo del potere psichiatrico sul tema della follia. La presenza della follia era un punto centrale nella valutazione dell'imputato in quanto

---

<sup>385</sup> D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Einaudi, Torino 2003, p. 202.

<sup>386</sup> M. Foucault, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975-1976)*, Seuil, Paris 1997, pp.230-234.

<sup>387</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit., p.282.

<sup>388</sup> *Ibidem*.

<sup>389</sup> R. Villa, *Perizie psichiatriche e formazione degli stereotipi dei devianti*, in A. de Bernardi (a cura di), *op. cit.*

separava la malattia dalla responsabilità, la terapia dalla punizione, il manicomio dal carcere. La psichiatria aveva raggiunto così il potere di cancellare il crimine, di allontanare la legge e di sostituirsi ad essa. La perizia medico legale, utilizzando un linguaggio generico, vago e impreciso nelle descrizioni delle qualità del folle criminale (orgoglioso, ozioso, cattivo)<sup>390</sup> permetteva uno scambio continuo tra le diverse aree di studio coinvolte. Garantiva la produzione di un discorso “*insieme controllata, selezionata, organizzata e distribuita tramite un certo numero di procedure che hanno la funzione di scongiurare i poteri e i pericoli, di padroneggiare l’evento aleatorio, di schivarne, la pesante, temibile materialità*”<sup>391</sup>. Il linguaggio utilizzato era controllato e funzionale non solo a comunicare il verdetto della follia, ma anche a limitare, gli effetti di verità che altri discorsi avrebbero potuto avere<sup>392</sup>. Era costruito con parole ed espressioni idonee a mostrare all’opinione pubblica l’efficacia e l’imprescindibilità del ruolo del medico, che non solo curava, ma proteggeva la società dai pericoli<sup>393</sup>.

---

<sup>390</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit., p. 38.

<sup>391</sup> M. Foucault, *L’ordine del discorso e altri interventi*, Einaudi, Torino 1974, pp.4-5.

<sup>392</sup> *Ibidem*.

<sup>393</sup> L’assunto di fondo è che il discorso ha una sua materiale realtà e che con le parole è possibile fare e disfare. Austin sosteneva che la natura del discorso è transitoria e che esso è pervaso da poteri e pericoli che non si possono cogliere in modo istintuale. Per Foucault il potere non ha un centro e si muove all’interno di una rete relazionale, poggiata sulla proliferazione di discorsi emersi nel corso della storia, che contribuiscono all’imporsi di una certa episteme. L’ipotesi che Foucault avanza è la seguente: “*suppongo che in ogni società la produzione del discorso è insieme controllata, selezionata, organizzata e distribuita tramite un certo numero di procedure che hanno la funzione di scongiurare i poteri e i pericoli, di padroneggiare l’evento aleatorio, di schivarne la pesante, temibile materialità*”. A partire da questa ipotesi lo studioso individua le varie procedure di costrizione del discorso: “*quelle che ne limitano i poteri; quelle che ne padroneggiano le apparizioni aleatorie; quelle che operano una selezione tra i soggetti parlanti. Queste limitazioni vengono agite in vari contesti, come i manicomi, la famiglia, le fabbriche, le università, per evitare che venga violato/alterato un certo ordine del discorso su cui l’istituzione vigila. Come in una partita a scacchi, le regole del gioco discorsivo, a volte evidenti a volte meno, non servono solo per comunicare ma anche per limitare, gli effetti di verità che altri discorsi potrebbero avere*”. Questa sorta di “polizia” discorsiva sarebbe, per Foucault, alimentata da un senso d’inquietudine rispetto al discorso su cui, per l’appunto, in funzione contenitiva, da tempo si vigila: “*E l’istituzione dice: Non devi aver timore di cominciare; siamo tutti qui per mostrarti che il discorso è nell’ordine delle leggi; che da tempo si vigila sulla sua apparizione, che un posto gli è stato fatto, che lo onora ma lo disarmo; e che, se gli capita d’avere un qualche potere, lo detiene in grazia nostra, e nostra soltanto*”. Se nella storia si procede verso l’imbrigliamento del discorso è perché, proprio nella proliferazione discorsiva, vi è un che di minaccioso, sovversivo: “*Ma cosa c’è di tanto pericoloso nel fatto che la gente parla e che i suoi discorsi proliferano indefinitamente? Dov’è dunque il pericolo?*”. Il discorso, per Foucault, quindi “*non è solo ciò che manifesta o nasconde il desiderio, non semplicemente ciò che traduce le lotte o i sistemi di dominazione, ma ciò per cui, attraverso cui, si lotta, il potere di cui si cerca d’impadronirsi*”. Per questo, nel nostro vivere quotidiano, non si può dire tutto, non in ogni circostanza, non tutti possono dire con la stessa efficacia e credibilità. Vi sono rituali di circostanza da rispettare e vi è un diritto privilegiato o esclusivo di alcuni soggetti a parlare rispetto ad altri. Ciò che è all’opera per Foucault all’interno dei discorsi è una sorta di

La psichiatria si ripresentava come “*scienza degli anormali*”<sup>394</sup> e come scienza che studiava “*piccoli crimini naturalmente e piccole malattie mentali; minuscole delinquenze e anomalie quasi impercettibili del comportamento, ma sarà proprio questo il campo organizzativo e fondamentale della psichiatria*”<sup>395</sup>.

Appare evidente il forte impatto che l'introduzione della perizia psichiatrica ebbe nella cultura medica e legale del tempo. Oltre a decidere del destino di un imputato, confermava attraverso l'attribuzione del titolo di esperto allo psichiatra un ambito privilegiato di azione e potere che si manifestava nell'enunciazione di giudizi in grado di incidere profondamente sulla vita delle persone. La perizia rispondeva ad una specifica funzione sociale, quella di allontanamento e di segregazione del diverso, facendo sì che gli stereotipi del folle e del delinquente agissero con un preciso scopo sulla società, quello di spaventare. Era necessario affinché questa operazione avesse esito positivo che la psichiatria fosse scienza in senso proprio, con un proprio statuto e una nosografia scritta e stabilita, alla quale attingere definizioni e contenuti. Come si è visto è stata la nozione di monomania<sup>396</sup> a segnare l'inizio di una presenza consapevole della medicina nel diritto, anche se il passaggio non fu semplicissimo. Tale nozione operava per inquadrare un'anomalia individuale nel criminale e nello stesso tempo per inserire il dubbio della pericolosità nel folle. Esempari le parole di un giovane magistrato “*La monomania da qualche anno è continuamente invocata nelle corti d'Assise [...]. Ma le opere scientifiche anziché chiarirmi non mi hanno presentato che dottrine incomplete ed incerte, classificazioni vaghe e conseguenze erronee [...] dopo averle ben meditate, sono*

---

“polizia” discorsiva che accerchia il discorso agendo all'interno e all'esterno di questo, attraverso procedure di controllo ed esclusione.

<sup>394</sup> Gli Anormali raccoglie in volume il corso tenuto da Michel Foucault al Collège de France nel biennio 1974-1975. Appartiene a un ciclo che unisce i primi sei corsi tenuti da Foucault al Collège de France, dal 1970 sino al 1976, incentrati sulla formazione dei sistemi di potere nell'età moderna. Lo strumento di tali sistemi di potere non sarebbero tanto le leggi esplicite e le imposizioni coercitive, ma l'instaurarsi graduale e non trasparente di meccanismi disciplinari profondamente iscritti nel corpo sociale e nei corpi individuali. Oltre la legge, dunque, e alla sua base, c'è la norma, e il suo inevitabile correlato, l'anormale, colui che sfugge al potere disciplinare della società e al cui interno deve essere ricondotto. Foucault si pone come obiettivo quello di rintracciare gli antecedenti e i predecessori storici di quello che, alla fine del XIX secolo, sarà definito come l'"anormale". Alla sua origine individua tre figure, dapprima separate e poi via via convergenti: il mostro umano, l'individuo da correggere e il bambino (o adolescente) masturbatore. Mentre la prima e la terza figura godono di analisi approfondite e accurate, supportate da una notevole quantità di documentazione, alla seconda vengono riservati unicamente brevi accenni.

<sup>395</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit., pp. 147-148.

<sup>396</sup> R. Villa, *op. cit.*, p. 387.

*rimasto convinto che se la monomania omicida esistesse realmente, dovrebbe essere per il giudice come se non esistesse*<sup>397</sup>. Per il Magistrato Regnault il contenuto della follia restava il delirio con le sue manifestazioni pubbliche e riconoscibili, a discapito del nuovo linguaggio, di grosso appeal, ma di scarsa concretezza. Queste considerazioni e riflessioni finirono comunque con una vittoria della psichiatria, che pur non riuscendo a fugare i dubbi che emergevano circa le nuove nosografie e la loro rispondenza ai casi, riuscì a rispondere in maniera tempestiva e immediata a quelle che erano considerate le urgenze sociali: sicurezza e controllo.

Folle e delinquente erano ancora una volta insieme, in virtù del riconoscimento di una “alterità”<sup>398</sup> nella devianza, che spingeva i medici a cercare di cogliere ulteriori aspetti della malattia mentale, che ancora sfuggivano alla disciplina, per inserirli nelle nuove categorie diagnostiche. Il medico entrava dentro la persona, valutando la sua attitudine all’azione, il suo comportamento e le sue motivazioni. Misurava lo scarto dal comportamento normale e trasformava la follia morale in diversità. *“Uno studio lungo e coscienzioso [...] ha dimostrato che i grandi malfattori sono privi dei nobili sentimenti dell’umanità e soprattutto del senso morale, facoltà che è il principio della ragione morale superiore, della coscienza morale e del libero arbitrio, il criminale sottomesso alla legge dell’interesse, non decide i suoi atti che in base ai suoi più grandi desideri, desideri che sono la manifestazione involontaria degli elementi istintivi che ha ricevuto dalla natura [...]. Se, privato del senso morale, il criminale è privato del libero arbitrio e decide inevitabilmente seguendo il desiderio maggiore, ne consegue che egli non è moralmente responsabile dei suoi atti odiosi; questa conseguenza è rigorosa*<sup>399</sup>. Il delinquente così non è più responsabile delle sue azioni, così come non lo è il folle. Di qui l’equiparazione del trattamento: esclusione ed internamento. Dopo la svolta lombrosiana e la ricerca di una oggettività diagnostica<sup>400</sup> l’assimilazione tra le due categorie non sarà più solo di carattere psicologico e qualitativo, ma anche quantitativo, in base ai dati raccolti nelle tabelle di misurazione corporea. Nella perizia la quantificazione era garanzia di oggettività, da

---

<sup>397</sup> *Ibidem.*

<sup>398</sup> *Ibidem.*

<sup>399</sup> P. Despine, *Psychologie naturelle. Études sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales chez les aliénés et chez les crimineles*, F.Savy, Paris 1868, Vol.III, p. 551.

<sup>400</sup> C. Lombroso, *La perizia psichiatrico-legale coi metodi per eseguirla e la casistica penale classificata antropologicamente*, Fratelli Bocca, Torino 1905.

controbattere a quella parte della giurisprudenza che vedeva la psichiatria come un sapere ancora incerto e indefinito.

Ruolo decisivo per l'affermazione nell'ambito della medicina e del diritto della perizia psichiatrica ebbe la diffusione dello stereotipo del folle e del delinquente. Erano i segni che identificavano il tipo umano. Il tipo delinquente e il tipo folle, erano preesistenti e dati nell'immaginario sociale e a essi venivano applicate le descrizioni, in virtù delle esternazioni dei comportamenti. La lettura del "tipo" era della società tutta, collegata a giudizi culturali, penali, sociali che riguardavano ogni aspetto della vita e il modo di percepirlo. Contribuirono molto anche i giornali, le monografie e le riviste del tempo che pubblicavano spesso per intero le perizie, per collaudare e meglio rappresentare le nuove categorie sociali nell'opinione pubblica. La lettura di alcune perizie psichiatriche pubblicate nelle riviste italiane di fine '800<sup>401</sup> ci permette di individuare alcuni tratti dominanti e comuni presenti nei testi scritti, primo fra tutti l'attenzione minuziosa alla descrizione fisica dell'imputato. Francesca, bambina malata di epilessia "*è una bambina di circa 9 anni, di conformazione scheletrica regolare, sebbene non di bell'aspetto, è piacevole per la vivacità e l'espressione degli occhi neri. Tuttavia offre già alla prima ispezione parecchi caratteri anormali: e anzitutto una notevole asimmetria della faccia della metà sinistra per prevalenza di parecchi millimetri sulla destra; il naso è volto all'insù alla sua estremità inferiore; il labbro superiore è molto corto e con filtro nasale; la mandibola molto sviluppata; i denti già mutati, presentano la caratteristica seghettatura: sono ineguali, irregolarmente impiantati e con diastema, il mento è breve e sfuggente all'indietro; anche se le orecchie nella loro dimensione e sede partecipano dell'asimmetria facciale, essendo più espansa la sinistra*"<sup>402</sup>. La descrizione riportata era una condanna a vita per Francesca. Anche se i tratti descritti potevano appartenere a tanti altri bambini normali, nel suo caso erano la testimonianza di una malformazione cerebrale che l'ha inserita per sempre dalla parte degli "anormali". Spesso, nelle perizie, a considerazioni sulle caratteristiche fisiche, seguivano anche considerazioni di carattere sociale, mirate a patologizzare la persona e a trovare ulteriori prove della presenza della malattia. Il tutto al fine di avvalorare in tribunale la

---

<sup>401</sup>Ivi, pp.385-401.

<sup>402</sup>M. Carrara, *Tipo completo di delinquente nato a base epilettica*, in C. Lombroso, *L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, cit., p.93.

veridicità della documentazione scientifica. Qualora infatti le caratteristiche fisiche non erano sufficienti per delineare il futuro internato o interveniva il medico attraverso considerazioni personali idonee a descrivere meglio le circostanze che provavano la patologia<sup>403</sup> oppure si ricorreva alle testimonianze del popolo, sempre efficaci in virtù dell'aderenza a stereotipi condivisi ed accettati. A volte bastava nascere in uno specifico giorno o in un determinato posto per veder provata la malattia mentale e la tendenza alla pericolosità. *“Che ne sia, per i naturali di quelle borgate, la janara incarna, oggi un vero spirito del male. Questo spirito può albergare nel corpo di determinate donne le quali sono mostrate prudentemente, a dito nel villaggio. E' opinione di alcuni che diventino janare quelle donne che nascono alla mezzanotte della vigilia di Natale. Ad ogni modo la donna janara [...] ha la virtù di trasformarsi in un'ombra, la quale non conosce ostacoli e penetra dappertutto, quando ha bisogno di operare i suoi malefici”*<sup>404</sup>. La credenza si trasformava in enunciato patologico e attraverso immagini piene di orrore avvalorava i suoi postulati, fino a renderli verità<sup>405</sup> per tutti. La ricerca di informazioni, fatti, racconti, tutto quanto poteva servire a confermare l'insanità dell'imputato<sup>406</sup>.

L'insieme combinato di questi elementi permetteva la diagnosi. Essa pur dovendo restare ancorata alle categorie nosografiche tipiche quali pazzia morale, idiotismo, imbecillità, delinquenza nata, si otteneva dall'unione di due differenti piani di osservazione. Il primo riguardava la parte scientifica propriamente detta, ossia l'analisi e lo studio dei tratti fisici che erano emblema di una specifica malattia, il secondo la stereotipia sociale che rinviava determinate forme di comportamento a modelli rifiutati dal contesto sociale di appartenenza. Un caso di parricidio, fratricidio e tentato matricidio da parte di un giovane di 16 anni, studiato

---

<sup>403</sup> F. Saporito, Perizia, 1906, Archivio del Manicomio criminale di Aversa, n. 22, 1906, in A. de Bernardi (a cura di), *op.cit.*

<sup>404</sup> F. Saporito, Perizia, 1902, Archivio del Manicomio criminale di Aversa, busta Perizie, in *ivi*.

<sup>405</sup> F. Saporito, Perizia, 1906, Archivio del Manicomio criminale di Aversa, n. 22, 1906, in *ibidem*.

<sup>406</sup> G. Virgilio, *Alcoolismo cronico in causa di omicidio*, in «Bollettino della casa di salute Fleurent», XXIII, II-III-IV, estratto, 1906, p.20. “I fatti accertati, nella nostra esposizione possono raggrupparsi in due ordini: dei quali uno raccoglie manifestazioni permanenti, stabili, concernenti la costituzione antropologica e fisiologica del prevenuto, e quindi a lui congenite; l'altro raccoglie i sintomi nevropatici, indubbiamente dovuti ad acquisizioni morbose. Per i fatti del primo ordine, il prevenuto non può negarsi che entri nella categoria degli anormali, squilibrati originari (asimmetrie antropometriche, stimate morfologiche, asimmetrie funzionali, mancinismo); come per fatti dei tremori e dell'andatura incerta, pei disturbi organici e psichici che sono del secondo ordine, entra nella categoria dei nevropatici, squilibrati per acquisizione; e anche in quella dei psicopatici, per il torpore se non la decadenza degli affetti, per la debolezza della critica, per il contegno apatico, per la difettiva energia evolutiva, per la non sempre sicura reminiscenza; fenomeni tutti che riguardano la forma non il contenuto del meccanismo psichico”.

dagli psichiatri Tamburini e Seppili, ne fornisce un esempio lampante. *“In questi fatti terribili noi vediamo chiaramente confermate le leggi dell’eredità, di questo fattore principale della congenita organizzazione mentale. Una di queste leggi, stabilita già da molto tempo dal Despine è quella dell’intima parentela fra il delitto e la pazzia, che si manifesta colla frequente trasformazione ereditaria dell’uno e nell’altra, per cui da genitori delinquenti nascono figli pazzi, come da pazzi nevrotici ecc. vengono figli delinquenti. Questo fatto confermato nelle ricerche di Virgilio Tompson e Lombroso, è ormai indubitato per chiunque abbia pratica di carceri e di manicomi, tanto che ormai certe categorie sì di pazzi come di delinquenti non vengono considerate che come stati degenerativi della razza umana nei quali il cervello rappresenta il locus minoris resistentiae. Altra legge dell’ereditarietà morbosa è quella, stabilita per primo dal Morel, della degenerazione ereditaria progressiva, cioè dell’accentuarsi sempre più da una generazione all’altra la degenerazione ereditaria, in modo che l’imbecillità e l’idiotismo rappresentano l’ultimo anello di questa funesta catena”*<sup>407</sup>.

Molteplici erano i settori di ricerca coinvolti. Il medico psichiatra restava l’unico in grado di muoversi adeguatamente e consapevolmente al suo interno. Ad egli il compito di distinguere tra follia e stranezza, irresponsabilità ed immaturità, pericolosità e ritrosia, ma anche tra folli veri e folli simulati. E lo faceva anche attraverso la perizia, che oltre a rispondere alle esigenze del magistrato in cerca di prove e risposte, era un valido strumento di assicurazione sociale. La popolazione civile da una parte si turbava apprendendo dalla stampa notizie relative a fatti criminosi feroci, dall’altra si assicurava leggendo le perizie, emblema di quel sapere psichiatrico che scovava, analizzava, catturava e puniva i colpevoli.

## ***2.5 I volti della follia***

Parlare di follia vuol dire indagare la situazione culturale, ambientale, sociale, complessa e mutevole all’interno della quale viene definito il folle. Vuol dire indagare l’emergere della sofferenza psichica e il significato che il malato ne fornisce, come anche cogliere il ruolo svolto

---

<sup>407</sup> A. Tamburini, G. Seppili, *Parricidio, fratricidio e tentato matricidio all’età di 16 anni (imbecillità morale con idee fisse impulsive)*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», 1882, p. 215, in A. de Bernardi (a cura di), *op.cit.*, p.398.

dagli stereotipi culturali nelle definizioni. Gli stessi modi di chiamare la follia e di rinchiuderla in categorie giuridiche (monomania, delitto) e mediche (idiotismo, cretinismo) ne offrono una chiara testimonianza. Le definizioni nosologiche si sono evolute negli anni e spesso pur mantenendo lo stesso enunciato hanno descritto esperienze e percezioni della malattia diverse in base al racconto del malato, del medico o del giudice. Il narratore e il suo racconto dell'esperienza della follia la rendono unica, diversa, con una specifica rete di rapporti, relazioni e interpretazioni da indagare. Follia per il medico è quindi diversa dalla follia per il malato. Il fatto stesso che l'internato spesso non si riconosca come un malato è una prova di quanto l'esperienza della malattia mentale possa essere percepita diversamente a seconda di chi la descrive.

Luigia, detenuta internata al Santa Maria della Pietà, scriveva *“Crede ella veramente di parlare ad un idiota? Si sbaglia, gentilissimo direttore, perché la Venanzi ha un'intelligenza tanto svegliata più di qualcun altro. Le scrissi, venne, mi fece delle promesse... eppoi? Tutto infine come vanno sempre le cose del manicomio. Sono strana, di molto strana e la ragione non la ricerchino nella pazzia, ma nel male che mi affligge, da due giorni poi si è manifestata una cistite così acuta che l'egregio Dottor Mariani egli stesso l'ha constatato con forti dolori alla parte malata che io sola e non altri lo sanno”*<sup>408</sup>.

Il medico su lei riportava nel Diario del 28 giugno 1907 *“Ieri il relatore ha ricevuto domanda del signor direttore sullo stato mentale della Venanzi e si vuole la “dichiarazione se essa presenti gli estremi voluti dalla legge per essere mantenuta nel manicomio”. Il relatore risponde che presa visione dei fatti esposti nell'ultimo diario non crede di proporre la dimissione e che al direttore cui compete per legge spetta il giudizio definitivo. La malata accusa il relatore di non curarla, di non prescrivere cure e per quanto esso nulla gli dice delle sue sofferenze. Sta il fatto che essa prende delle medicine, sta tra le agitate, fa delle polverizzazioni alla gola, [...] sta in letto, fa gli [...]agli arti inferiori, ha fatto permellazione di tintura di iodio. Non è mai contenta di niente, dice male ora dell'uno ora dell'altro, aggredisce la malata Guerini (una vecchietta) e le fa i dispetti, le toglie i giornali, dando luogo a lamenti e manie senza fine”*<sup>409</sup>.

---

<sup>408</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Venanzi Luigia, Lettera al Direttore.

<sup>409</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella Clinica Venanzi Luigia, Registro nosografico.

Comprendere la dimensione culturale della malattia e il punto di vista del malato, diventa dunque fondamentale nello studio della follia, che nelle varie sfumature e nella complessità dei saperi che coinvolge, permette di ragionare sul fatto che senza la capacità di comprendere l'Altro, nel suo universo, è impossibile superare le logiche di esclusione e divisione sociale che sono il fondamento delle procedure di internamento.

La normalità, e di riflesso la diversità, sono espressioni di un terreno culturale con proprie particolarità e identità, sulle quali la psichiatria crea una specializzazione, costruendo categorie, sicuramente variabili, ma percepite al momento della loro costruzione come "vere". Queste considerazioni spingono sempre più gli studiosi a ragionare sulle storie locali, sui costumi, sulle credenze delle popolazioni, tutte in qualche modo colpite da sempre dalla follia. La follia non è solo una categoria nosografica, né semplicemente una dimensione esistenziale, ma anche l'espressione di una cultura e di una società. Si arriva a ragionare di follie diverse tra loro, a più livelli. Ad esempio alla follia che separa il matto dal sano, si aggiunge quella che separa il matto europeo da quello africano, così come quella che separa il folle contadino da quello cittadino.

Gli studi condotti, tra il 1860 e il 1915, prevalentemente in Francia, nelle zone della Vandea, dell'Aveyron, della Bassa Linguadoca<sup>410</sup> sulle patologie che si manifestavano in ambito contadino e quelle che si manifestavano in ambito urbano e delle loro differenze ne sono una prova. Pur nella diversità dei luoghi di ricerca gli studiosi che conducevano le indagini, insistevano sulla legittimità di estendere i propri risultati all'insieme del mondo rurale. Terrier nella Vandea esplorava una forma rurale di isteria, diversa da quella studiata alla scuola della Salpêtrière, molto più frequente come casistica e priva di forme convulsive, ma ricca di fenomeni di somatizzazione come paralisi, afonia, soffocamenti<sup>411</sup>. Nelle regioni del Tarn e dell'Aveyron, invece, i medici Béra, Pailhas, Ramadier e Fenayron si concentravano su una forma di "delirio processuale", "litigioso", ritenuto tipico dei piccoli proprietari rurali, come conseguenza di un senso della proprietà eccessivamente sviluppato<sup>412</sup>. Cavalier nella Bassa

---

<sup>410</sup> B. Fiore, P. Coppo, *Del lavorare in Etnopsichiatria*, in «La Ricerca Folklorica. Contributo allo studio della cultura delle classi popolari. L'Etnopsichatria», n.17, 1980, p. 22.

<sup>411</sup> A. Terrier, *L'hystérie et la neurasthénie chez le paysan*, J.Siraudeau Editeur, Angers 1906.

<sup>412</sup> C. Béra, *Étude sur les aliénés processifs*, Tesi di medicina, Toulouse 1898, N. Pailhas, *Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de la propriété. Leur intérêt au point de vue médico-légal*, Amalric, Albi 1985; J.

Linguadoca, poneva la sua attenzione sui deliri religiosi, descrivendone la variabile urbana e quella contadina<sup>413</sup>. Le analisi di questi medici alienisti avevano un assunto condiviso da tutti. Ritenevano che la follia contadina possedesse delle caratteristiche diverse da quella urbana, e procedevano cercando le prove delle loro riflessioni nei diversi territori di indagine. L'eziologia utilizzata a riguardo anche era comune a quasi tutti i medici e segnalava l'esistenza di malattie quali *“l'eredità morbosa (considerata come conseguenza della consanguineità, dell'isolamento e di una sessualità che si esprimeva con l'ubriachezza), la primitività dei costumi, la tendenza all'imitazione ed alla suggestione, l'arcaicità delle credenze”*<sup>414</sup>. Nel pieno sviluppo ed avanzamento delle teorie organiciste, dove la follia era ritenuta immune dalle influenze esterne, ma strettamente legata alla trasmissione ereditaria e alla costituzione genetica, il contadino veniva trasformato esso stesso in una varietà morbosa, così come accadeva per l'operaio nelle analisi svolte nelle città. Immerso in un mondo primitivo il contadino *“non ha che una cultura intellettuale rudimentale”* e la *“debolezza della sua ragione lo rende più recettivo alle impressioni provenienti dall'esterno, le idee di superstizione si impongono al cervello. Cosicché, se tutti i contadini non sono alienati, quasi tutti sono dei nevrotici e dunque dei candidati privilegiati alla follia”*<sup>415</sup>.

Lo spirito di esplorazione dei medici e l'affermarsi dell'organicismo ponevano le ricerche su un territorio di confine che da una parte mirava a distruggere le credenze antiche e tutti quegli elementi di cultura popolare che erano in conflitto con la medicina, dall'altra permetteva di analizzare ed interrogare fenomeni inesplorati e di entrare in una parte di studio spesso ignorata. Il folle malato ne restava comunque schiacciato, perché a prescindere dal fatto che la follia venisse studiata sulla base dell'opposizione follia rurale/urbana o follia regionale/nazionale, esso restava sempre l'oggetto centrale dell'analisi. Come se i suoi tratti, il suo comportamento fossero delle sopravvivenze di vecchie mentalità, o anche degenerazioni della moralità, ma sempre incapaci di aiutarlo a difendersi dalla società che lo ospitava.

---

Ramandier, A. Fenayrou, *La criminalité dans l'Avayron*, in «Annales médico-psychologiques», 1898, pp. 63-76, 233-251, 402-414.

<sup>413</sup> C. Cavalier, *Étude médico-psychologique sur la croyance aux sortilèges à l'époque actuelle*, Typographie de Boehm e Fils, Montpellier 1868.

<sup>414</sup> B. Fiore, P. Coppo, *op.cit.*, p.23.

<sup>415</sup> *Ibidem*.

Folle quindi, per difetto di nascita, per luogo di nascita e per luogo di residenza. Non desiderato dalla società, perché improduttivo ed incapace ad integrarsi, in contrasto con la società che lo “possiede”. La popolazione locale era quindi piena di potenziali folli, che erano anche contadini, braccianti e operai. Come abbiamo visto nelle pagine precedenti il legame tra la cultura e le specificità locali con la follia non può essere ignorato, anche se nel periodo storico considerato, le dottrine deterministe e lombrosiane si muovevano nel tentativo di cancellare dalle cartelle cliniche i riferimenti al contesto sociale d’appartenenza. La colpa della follia restava al folle, rappresentante di quella parte di popolazione improduttiva e inefficiente che non soggiaceva alle regole sociali<sup>416</sup>.

La rivoluzione industriale e le logiche capitaliste a cavallo dei due secoli determinarono lo svilupparsi di molteplici fattori in grado di incidere sui meccanismi di inclusione ed esclusione delle nuove classi sociali. Numerosi studi evidenziavano infatti che i manicomi dell’epoca erano pieni di persone internate a seguito del manifestarsi dei sintomi della follia, in conseguenza delle difficoltà relative ai trasferimenti in città, al lavoro in fabbrica, alla impossibilità di trovare lavoro e quindi di sopravvivere. La povertà e il disagio si inserivano nel meccanismo di produzione della malattia mentale<sup>417</sup>e nella storia del manicomio. Così come nel ‘500, ancora nel ‘900, continuavano ad essere fattori che in maniera più o meno diretta, più o meno esplicita, condizionavano l’insorgere dei disturbi mentali. La maggior parte dei folli delinquenti, internati tra il XIX e il XX secolo, risultavano disturbati psichici, vittime di fame, miseria e sfruttamento. Questi elementi spesso ignorati nelle cartelle cliniche, più attente a riportare i dati antropometrici, costituivano una base importante per l’esperienza individuale della sofferenza umana.

Stabilire un legame certo tra disagio materiale e follia appare difficile a fronte della diversità della struttura economica, della stratificazione sociale e delle dinamiche specifiche delle diverse regioni italiane, ma resta valida l’ipotesi che alla base della follia possano esserci difficili situazioni di vita. Un’analisi generale su tutto il territorio nazionale ci offre uno spaccato sulla configurazione sociale della popolazione internata, che rifletteva la composizione delle classi

---

<sup>416</sup> A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e Catene*, Garzanti, Milano 1980, pp.73-89.

<sup>417</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p. 97.

lavoratrici nella metà del secolo XIX<sup>418</sup>: contadini, operai, braccianti, piccoli artigiani. La maggioranza era comunque di estrazione contadina. Un primo censimento, relativo alla presenza dei malati nei manicomi fu realizzato dai redattori dell' "Archivio Italiano per le malattie nervose" nel 1866 e faceva registrare 4.139 uomini ricoverati e 3.580 donne<sup>419</sup>. Risultavano ammessi in corso d'anno altri 2.349 uomini e 1.697 donne, invece dimessi 1.622 uomini e 1.902 donne. I morti erano 765 uomini e 515 donne. I dati tuttavia non erano completi e pur se ufficialmente relativi a tutto il territorio nazionale, in pratica non riguardavano tutte le strutture esistenti sul territorio italiano. Per il Centro Italia ad esempio si consideravano solo il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà e quello di Aversa, denominato Reale Manicomio o Morotroffio della Maddalena di Aversa. L'operazione di indagine, in linea con la tendenza della psichiatria a controllare in maniera scientifica la follia, continuava e faceva registrare<sup>420</sup> nel 1871, su una popolazione di 24.530.395 persone, 40.275 folli internati. Essi erano distinti, in "veri pazzi" e idioti ed imbecilli (frenastenici) in questo stato di malattia fin dalla nascita. I veri pazzi risultavano 16.275 unità, i frenastenici 24.000 unità. Per il medico Verga, autore del censimento<sup>421</sup> "essendosi la popolazione dell'Italia continentale dal 31 dicembre 1871 al 31 dicembre 1874 elevata ad abitanti numero 23.967.736 il numero dei pazzi non poteva non essere cresciuto e indicava nella cifra di 41.000 i folli internati"<sup>422</sup>. Successivamente il medico indagò quanti di questi folli erano in libertà e quanti rinchiusi. Le cifre fornite indicavano alla data del 31 dicembre 1874 un numero di 99 folli rinchiusi in vari istituti (carceri, case di pena) e 12.210 folli internati negli ospedali. Nel 1877 Verga proponeva un'ulteriore statistica<sup>423</sup> che teneva conto anche delle Regioni Sicilia e Sardegna, offrendo come numero complessivo dei folli quello di 15.173 unità. Dalla statistica indicata<sup>424</sup> su una popolazione calcolata al 31 dicembre 1880 le regioni con il maggior numero di internati erano la Lombardia con 3.099 internati (di cui 1582 uomini e 1517 donne), l'Emilia con 2.581 internati (di cui 1322 uomini e

---

<sup>418</sup> *Ibidem*.

<sup>419</sup> S. Biffi, *Prime linee di una statistica dei manicomi d'Italia*, in «Opere complete», Vol.2, 1902, pp. 283-293.

<sup>420</sup> *Ibidem*.

<sup>421</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp.86-88.

<sup>422</sup> A. Verga, *Studi anatomici sul cranio e sull'encefalo psicologici e frenatrici*, Manini-Wiget, Milano 1897, Vol. 2, pp. 479- 482.

<sup>423</sup> *Ibidem*.

R. Canosa, *op. cit.*, pp.86-88.

<sup>424</sup> A. Verga, *op. cit.*, pp. 479-482. Si legga a riguardo la tabella n.1 riportata in appendice .

1259 donne) e il Veneto con 2.182 folli (di cui 890 uomini e 1292 donne). A Roma, nello specifico presso il Santa Maria della Pietà risultavano rinchiusi 779 folli, di cui 449 uomini e 330 donne. La lettura fornita dal medico sui dati raccolti evidenziava come la maggior parte delle patologie riscontrate fosse collegata oltre che a fattori genetici ed ereditari (pazzia morale o ciclica) alle abitudini sbagliate di vita circa l'alimentazione e l'igiene (pellagra, alcoolismo)<sup>425</sup>.

*“Nei detti manicomi ed ospitali vi è un aumento progressivo della pazzia e particolarmente di alcune sue forme (frenosi pellagrosa, alcoolica, epilettica, isterica ecc.) mentre altre forme sembrano stazionarie od anche regressive (pazzia morale, ciclica, frenosi sensoria, puerperale, senile) [...]. E' irragionevole pretendere dai manicomi molte guarigioni perfette e durevoli. Basta riflettere alle varie forme di pazzia che essi raccolgono. La demenza, sia primitiva, sia consecutiva, se vera demenza, è assolutamente incurabile; coll'età non può che aggravarsi e peggiorare. Le frenastenie possono appena guadagnare qualche cosa con una lunga, paziente e ben intesa educazione. La frenosi pellagrosa, la frenosi paralitica, la frenosi epilettica, la frenosi senile si guardano pure come incurabili; le guarigioni sono eccezionali. La pazzia morale, la pazzia ciclica, tenendo ad un temperamento nervoso ereditario ammettono pure delle mitigazioni e delle soste, anziché delle vere guarigioni. Ebbene queste forme diverse, prese insieme, costituiscono due terzi delle frenopatie raccolte nei manicomi”<sup>426</sup>.*

Successivamente, nel 1883 e nel 1887, vennero svolti altri due censimenti sulla popolazione internata a cura della Direzione Generale di Sanità, presso il Ministero dell'interno. Nella prima indagine risultavano, su una popolazione di 29.010.652 unità, 19.656 folli internati, nella seconda, su una popolazione di 30.497.610 unità, i folli risultavano essere 22.424. Fu lo stesso Verga a commentare i risultati dell'inchiesta<sup>427</sup> che rispecchiavano le tendenze da lui stesso verificate nei suoi censimenti: dominanza delle forme tradizionali della follia e continuo aumento dei ricoveri.

---

<sup>425</sup> *Ibidem.*

<sup>426</sup> *Ibidem.*

<sup>427</sup> *Ivi*, pp. 530-570.

Nel 1896 fu la volta dello psichiatra Tamburini che fece registrare su una popolazione di 31.195.697 unità, 29.631 matti, e nel 1898 della Commissione Santoliquido<sup>428</sup> che accertava la presenza di 36.873 ricoverati su una popolazione di 31.479.217 unità. Da questa ultima indagine emergevano in maniera inequivocabile le disastrose condizioni del manicomio in termini di sovraffollamento<sup>429</sup> ed inadeguatezza igienica e strutturale<sup>430</sup>.

Un altro studio ad opera dell'Istituto centrale di Statistica del Regno d'Italia raccolse tutte le informazioni elaborate dalle precedenti statistiche<sup>431</sup> e presentò un quadro complessivo delle dinamiche e tendenze di internamento dal 1875 al 1914<sup>432</sup>. Tamburini a fronte della preoccupazione per il costante aumento del numero dei ricoveri osservava che *“nello spazio di quarant'anni la cifra degli alienati internati nei manicomi in Italia è più che quadruplicata da 12.210 unità a 54.311 unità; ma poiché nello stesso periodo di tempo la popolazione generale d'Italia è aumentata solo di un terzo, da 23.967.736 a 35.238.997 unità, così la proporzione degli alienati rispetto alla popolazione è aumentata del triplo, da 0,5 per mille a 1,5 per mille, verificandosi così anche in Italia quell'aumento progressivo degli alienati internati che si verifica in tutte le nazioni civili”*<sup>433</sup>.

L'aumento costante degli internati rappresentava un problema grandissimo sia per gli Istituti che per le amministrazioni provinciali, alle quali spettava l'onere del mantenimento dei folli poveri. La somma spesa della Provincie risultava essere aumentata negli ultimi 26 anni

---

<sup>428</sup> La Commissione Santoliquido che aveva l'incarico di procedere all'esame dei rapporti pervenuti a seguito dell'inchiesta partita con la circolare del 3 giugno 1898, si componeva di 10 membri, tutti funzionari pubblici. Lavorò sul materiale raccolto attraverso la somministrazione di un questionario, dal quale si evinceva che il problema percepito come più urgente era quello del sovraffollamento delle strutture e della scarsità di personale medico.

<sup>429</sup> Si legga a riguardo la tabella n. 2 riportata in appendice. La tabella è tratta da G. Modena, *Le malattie mentali in Italia*, Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, Roma 1928, p.26.

<sup>430</sup> Nella seduta del 10 novembre 1899 del Consiglio Superiore di sanità, il Professore Tamburini, relativamente ai risultati dell'inchiesta, osservava l'aumento decisivo dei ricoveri, le precarie condizioni igieniche, l'assenza di norme uniformi in tema di ammissioni e dimissioni dei ricoverati, sulla mancanza di vigilanza per gli alienati. La relazione si concluse con un ordine del giorno approvato all'unanimità dai presenti e trasmesso al Ministro dell'interno Pelloux che promise di cercare una soluzione tempestiva ai problemi segnalati. (Cfr.«Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», Ed. Società Italiana di Psichiatria, Vol.XXV, 1899, pp. 850-855).

<sup>431</sup> G. Modena, *op. cit.*, p.26.

<sup>432</sup> *Ibidem*.

<sup>433</sup> A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni*, UTET, Torino 1918, p. 207.

(cfr. tabella di riferimento<sup>434</sup>) del 199 per cento. La preoccupazione era notevole e oltre alle amministrazioni pubbliche coinvolgeva anche la classe psichiatrica che ne discusse più volte nell'ambito dei Congressi svolti dalla Società Freniatica Italiana. Nell'XI Congresso tenutosi ad Ancona nel 1901 fu sempre il Professor Tamburini a farsi portavoce delle ansie crescenti, sostenendo l'urgenza di una nuova legge nazionale in materia di manicomi e proponendo dei principi guida in grado di stimolare interventi risolutivi per il problema del sovraffollamento. Il medico proponeva di limitare le ammissioni ai soli casi dei bisognosi, di prevedere per alcuni tipi di malati innocui il ricovero presso altri istituti o famiglie, di creare delle attività di lavoro in grado di far partecipare i ricoverati al sostentamento degli istituti, di stimolare le opere pie ad interventi preventivi, per limitare attraverso la beneficenza e la carità le condizioni che favorivano l'insorgere della follia<sup>435</sup>.

Il fenomeno dell'aumento eccessivo dei ricoveri era reale e preoccupante, al centro del dibattito medico, che motivava queste tendenze con un cambiamento di mentalità e di percezione del manicomio nell'opinione pubblica. Si parlava di maggiore consapevolezza della follia come malattia e della conseguente minore difficoltà delle famiglie dei malati a decidere per l'internamento dei loro cari, dell'aumentato numero dei posti disponibili nelle strutture psichiatriche e del miglioramento degli istituti non più percepiti come prigioni<sup>436</sup>. Di fatto la situazione non accennava a modificarsi né a migliorare.

Un confronto con i dati della popolazione carceraria, per lo stesso periodo di tempo esaminato per i manicomi<sup>437</sup>, mostrava come la curva dell'internamento carcerario dopo essere cresciuta fino al 1890 (come per l'internamento psichiatrico), diminuiva notevolmente negli anni successivi, a testimonianza del fatto che nonostante gli anni presi in esame erano gli stessi anni della confusione e della sovrapposizione della figura del folle con quella del delinquente,

---

<sup>434</sup> Si legga a riguardo la tabella n. 3 riportata in appendice. La tabella è tratta da E. Fornasari di Verce, *Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», Ed. Società Italiana di Psichiatria, Vol. XXV, 1899, pp.331-333.

<sup>435</sup> Le considerazioni del Professor Tamburini rispecchiavano le idee del momento in materia di manicomi. Si parlava di lavoro sia come strumento di mantenimento sia come strumento terapeutico. In merito si leggano G. Antonini, *I vantaggi economici della lavorazione agricola e industriale nei manicomi*, Istituto italiano d'arti grafiche, Bergamo 1898 e S. Biffi, *Le istituzioni degli alienati in Belgio*, in «Opere Complete», Vol. II, Parte I, pp.47-67.

<sup>436</sup> G. Modena, *op. cit.*, p.27.

<sup>437</sup> Si legga a riguardo la tabella n.4 riportata in appendice. La tabella è tratta da Istituto centrale di statistica, *Sommario di statistiche storiche italiane 1861-1955*, Roma 1958, p. 101.

la segregazione manicomiale aveva una sua autonomia e delle ragioni proprie, che andavano oltre il rapporto con la giustizia.

Da qui la riflessione circa la possibilità di una causa nascosta, poco percepibile, forse poco trattata, per un maggior interesse accordato allo studio della follia come malattia organica, completamente svincolata dal contesto sociale.

Il periodo analizzato vedeva in Italia il susseguirsi di periodi di aumento della produzione agricola e di periodi di crisi (in particolare negli anni dal 1875 al 1890). Le statistiche alimentari mostravano la sostituzione di alcuni alimenti con altri in caso di emergenza e carestia, ma evidenziano anche una decisiva diminuzione della calorie ingerite per persona negli anni compresi tra il 1881 e il 1900<sup>438</sup>.

Questo scenario offre la possibilità di ragionare su un nesso esistente tra follia e povertà, che, pur se non esplicitato nei trattati scientifici, trova nei dati un forte riscontro. Tornando indietro nel tempo e ragionando sulla nascita del manicomio si può parlare di un legame continuo tra follia e povertà, che in forme più o meno evidenti, ha sempre accompagnato lo sviluppo dell'istituzione manicomiale nel corso dei secoli. I dati statistici annoveravano infatti tra le cause più diffuse della follia la pellagra, malattia basata sulla scarsa assunzione di vitamina B e PP e dovuta ad una povera e inadeguata alimentazione. Essa si manifestava con una leggera dermatite e presto si trasformava in una disgregazione dell'organismo sia sotto il profilo fisico che mentale. *“Già nei primi stadi della pellagra interviene una modificazione rilevante delle funzioni mentali, vi è una maggiore impressionabilità, una maggiore eccitazione psichica: una lieve contrarietà deprime fortemente il tono sentimentale e determina reazioni eccessive per mancanza di poteri critici inibitori. Si capisce come in questi stadi abbia influenza a determinare la fisionomia di ciascuno il carattere ed il temperamento congeniti. [...] L'aspetto del pellagroso nell'ultimo stadio è terribile. Psicicamente predominano deliri di persecuzione, di terrore demoniaco, di miseria estrema[...]. Nella disperazione [...] si aggrappa all'idea del suicidio per non sopravvivere all'ecatombe della famiglia. Si aggiungono visioni infernali, diavoli che gli danzano intorno, incendi, rapine, voci minacciose*

---

<sup>438</sup> Si legga a riguardo la tabella n.5 riportata in appendice. La tabella è tratta da Istituto centrale di statistica, *Sommario di statistiche storiche italiane 1861-1955, cit., p.233.*

*dal cielo, serpi, vermi schifosi che gli rodono il corpo. Un complesso tremendamente pietoso.*<sup>439</sup>.

Questa malattia, dominante per tutto l'800, e scomparsa dopo la prima guerra mondiale era quella che maggiormente rappresentava lo stretto rapporto tra malattia mentale e povertà e che evidenziava il legame esistente tra il contesto sociale di riferimento e la produzione della malattia mentale. La pellagra rappresentava il topos per eccellenza delle cause sociali della malattia, seguita da altre manifestazioni morbide, ricondotte alla diffusione della sofferenza mentale nelle classi povere: quelle “*alterazioni congenite*”<sup>440</sup>, come il cretinismo, l'imbecillità, la demenza e l'idiozia. Da sempre presenti nella popolazione esse rappresentavano alcuni “*dei volti multipli*”<sup>441</sup> della follia.

Uno dei volti della follia, tipico del XVIII, che ben esplicitava il legame tra la malattia mentale e il contesto sociale era la figura del “*fatuo*”<sup>442</sup>. Era un personaggio abituale delle campagne povere “*bizzarro, inquietante, risibile e/o terrifico, patetico-tragico*”<sup>443</sup> sinonimo di mentecatto (innocuo) e cretino, anormale. Era per definizione (dal latino *fatuus, a, um*, aggettivo, è colui che è pazzo; *fatuus*, sostantivo, era l'indovino) una figura legata al mondo dell'ignoto e del sublime (quello della follia classica)<sup>444</sup>, un diverso. Egli non era un soggetto percepito come pericoloso nelle strade di campagna dove circolava serenamente, contrariamente a ciò che accadeva nelle città dove l'internamento per lui, come per gli altri folli, era quasi una procedura obbligata. Si trattava del topos dell'idiota del paese, del tarato, con un patrimonio genetico negativo, isolato, privato delle relazioni emotive ed affettive perché non adeguato a trasmettere geni positivi. Solo rispetto alla società, era solo anche dentro la famiglia. La povertà alimentare, la carenza vitaminica, la scarsa possibilità di istruzione lo rendevano condannato a peggiorare lungo il corso della vita. Tuttavia finché la follia era

---

<sup>439</sup> G. Antonini, *La pellagra*, Manuale Hoepli, Milano 1902, pp.59-61. Descrizione ad opera del medico Girelli.

<sup>440</sup> U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, cit., p.72.

<sup>441</sup> R. Davico, *Il fatuo nelle campagne Piemontesi. Isolamento genetico e barriere invisibili ai primordi del chiudimento assistenziale*, in A. De Bernardi (a cura di), *op. cit.*, p.64.

<sup>442</sup> *Ibidem*.

<sup>443</sup> *Ibidem*.

<sup>444</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, cit., pp.60-112.

sublime e verità nascosta<sup>445</sup>, egli poteva circolare nelle piccole comunità locali e sentirsene parte diversa, ma funzionale. A seguito della medicalizzazione della follia e del cambiamento di approccio verso i disturbi psichici fu condannato ad entrare a far parte di quegli esclusi che spaventavano e che dovevano essere rinchiusi. La scienza medica lo trasportava con forza fuori dal suo contesto e dalle tradizioni locali<sup>446</sup> che lo vedevano come parte anomala di un tutto, magari da deridere all'interno ma da difendere dall'esterno<sup>447</sup>. La scienza lo sottoponeva all'analisi scientifica e lo inseriva nella categoria dei degenerati della specie umana, valutando le sue manifestazioni comportamentali come conseguenza della nascita e crescita in *“luoghi infetti”*<sup>448</sup>. Il fatuo era un nuovo oggetto di studio, un malato antico, ma insolito, da osservare analizzando i rapporti *“[...] specialmente colle condizioni atmosferiche, colla natura del suolo, colla qualità delle acque, colle abitazioni e cogli alimenti, e sopra tutto le cause che possano più o meno influire sulla propagazione di quell'affezione tristissima, per ricercare in seguito i mezzi coi quali si potrebbe più o meno paralizzare l'azione delle cause stesse”*<sup>449</sup>.

Anche i processi degenerativi, alla base delle epidemie cretiniche e della diffusione dell'imbecillità e dell'idiozia, venivano legati alla cattiva conformazione del territorio di appartenenza, alle pessime condizioni igieniche, alla promiscuità, alla scarsa alimentazione, alle perversioni sessuali e poi alla genetica. Il medico Antonini<sup>450</sup> riscontrava che i villaggi *“sono sotto l'aspetto igienico dei grandi letamai: immondizie, sterco, avanzi di cibo, detriti di paglia e fogliame sono lasciati a macerare e fermentare nelle vie o raccolti nei cortili, sotto le finestre stesse delle camere da letto”*<sup>451</sup> e che le abitazioni private *“sia per mancanza di*

---

<sup>445</sup>*Ibidem.*

<sup>446</sup>R. Davico, *op.cit.*, pp.72-76.

<sup>447</sup>*Ibidem.*

<sup>448</sup>*Ivi*, p.77.

<sup>449</sup> I dati si riferiscono alla Relazione svolta in Piemonte, dopo l'inchiesta sui manicomi avviata nel 1845 e conclusa nel 1848, in Archivio di Stato di Torino, sez. I, marzo 21, Riflessioni del Conte Ceveris, *“Luoghi pii di qua de' monti. Confraternita del SS. Sudario e Ospedale de' pazzi”*, 1723 in A. De Bernardi (a cura di), *op. cit.*, p.77.

<sup>450</sup> Giuseppe Antonini fu un medico,-psichiatra italiano che si occupò di antropologia criminale. Fu allievo di Cesare Lombroso e si interessò nelle sue ricerche anche della pellagra e delle sue conseguenze sullo stato psichico dei malati. Fondò la rivista *“Rivista pellagologica”* e con la progettazione del manicomio di Sant'Osvaldo a Udine, da lui diretto dal 1903 al 1910, fu tra i primi in Italia ad applicare tipologie di detenzione meno restrittive prevedendo una struttura ospedaliera senza recinzione e nuovi approcci riabilitativi a livello ergoterapico.

<sup>451</sup> G.Antonini, *Istruzioni e consigli per la lotta contro la pellagra*, Tipografia Istituto Marchiondi, Milano 1915, p.17.

*lavandini e scoli adatti alle acque domestiche [...], sia per l'incuria stessa degli abitanti [...] hanno sempre il pavimento bagnato. Per tutte queste cause il pianterreno di tali case è sempre saturo di umidità, che mina la salute degli inquilini, che ricopre di muffe le scarpe, i vestiti, gli alimenti*<sup>452</sup>. Molti quindi i fattori che si univano a quell'implicita predisposizione genetica nel costruire l'immagine del folle pellagroso, rachitico e idiota. Nonostante gli sforzi classificatori della dottrina scientifica queste categorie nosografiche restavano confuse tra loro sia per eziologia che sintomatologia, quasi si costruissero reciprocamente. Anche l'alcoolismo, e la relativa pazzia alcoolica, rientrava in questo complesso quadro, come momento iniziale di un percorso segnato dalla miseria e dalla malnutrizione. Esso era descritto da alcuni medici del tempo come Edoardo Gonzales<sup>453</sup>, come causa del peggioramento delle condizioni fisiche e mentali di persone già stremate dai sacrifici della vita, che subivano la decadenza della propria mente parallelamente alla decadenza del proprio corpo<sup>454</sup>. Lombroso a riguardo constatava che *“l'uso abituale del vino fosse tale da noi da costituire un vero pericolo per il nostro popolo perché (aggravava) per i suoi effetti i mali che già lo logoravano: la pellagra, la malaria, il pauperismo, la delinquenza, la tubercolosi*<sup>455</sup>.

E il manicomio difficilmente riusciva ad intervenire su questi malati, a rigenerali, proprio perché incapace di agire sulle cause della malattia. Più che di guarigione si parlava per il folle pellagroso e alcolista di accettazione del proprio stato di malato e delle condizioni dell'internamento. Nell'impossibilità di cura e terapie l'unica opzione percorribile, per il folle, era quella della sottomissione ad un sapere medico che testimoniava che *“gli incurabili, i cronici tranquilli, destinati ad una degenza interminabile nelle sale del manicomio, rappresentavano la prova migliore dell'efficienza pedagogica e morale dell'Istituzione manicomiale*<sup>456</sup>. Il sapere medico era estraneo alle abitudini delle classi rurali e pertanto era

---

<sup>452</sup> F. Bonservisi, *Inchiesta sulla pellagra in Provincia di Mantova*, con prefazione di Cesare Lombroso, Manuzio, Mantova 1899, p. 39.

<sup>453</sup> Edoardo Gonzales fu medico psichiatra, direttore del manicomio di Mombello a Milano dal 1882 al 1903.

<sup>454</sup> E. Gonzales, *La Frenosi alcoolica nel manicomio provinciale di Monbello durante l'ultimo decennio (1890-1899)*, in «Gazzetta Provinciale di Mombello», settembre-dicembre, 1899, pp. 1-2.

<sup>455</sup> C. Lombroso, *Il vino nel delitto, nel suicidio, nella pazzia*, in AA.VV. (a cura di), *Il vino. Undici conferenze*, Ermanno Loescher, Torino 1880, p.29.

<sup>456</sup> M. Parchappe, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Masson, Paris 1853, pp. 8-9.

incapace di leggerne i sintomi e le manifestazioni. Il manicomio restava uno strumento di repressione e di garanzia di ordine, incapace di comprendere ciò che era fuori le proprie mura e i propri recinti. Ed è proprio in virtù di questa sua funzione sociale, pubblicamente accettata, che non riusciva a cogliere i cambiamenti nella composizione sociale dei ricoverati nel corso degli anni, in quanto irrilevanti per assolvere al mandato che aveva.

Sul finire dell'800 cambiava ancora la società e con essa la classificazione e le definizioni delle sindromi mentali. Scomparivano lentamente la pellagra e il cretinismo ed emergevano nuove patologie come l'alcolopatia e la nevrosi<sup>457</sup>. Complici l'industrializzazione e l'urbanizzazione che determinarono lo sviluppo di nuovi fattori sociali patogeni, estranei alle campagne, quali il lavoro a catena, la monotonia dell'attività di fabbrica, la disgregazione della vita familiare<sup>458</sup>. A dilagare fu la tossicomania alcolica, che fece registrare un tasso altissimo di mortalità. Tra il 1877 e il 1901 ne morirono 7.694 persone<sup>459</sup> e si svilupparono altre patologie ad essa collegate quali la cirrosi, le paralisi progressive e le polmoniti<sup>460</sup>. Le statistiche mostravano chiaramente l'aumento del numero degli internamenti, a inizio '900, relativi alla dipendenza da alcool e l'incidenza di tale fenomeno sullo sviluppo cerebrale anomalo nelle persone. Ed erano gli stessi dati manicomiali a mostrare come l'alcoolismo fosse prevalentemente diffuso tra gli operai, i lavoratori delle industrie e gli appartenenti alla fascia del sottoproletariato urbano, che vivevano al limite della legalità (prostitute, vagabondi). Stesso percorso per le nevrosi, valutate come conseguenza di un'eccessiva fatica per lavori monotoni e ripetitivi, prolungati per troppo tempo. Le sintomatologie più riscontrate erano quelle delle fobie, delle angosce, delle crisi isteriche, delle melanconie, delle ipocondrie<sup>461</sup>.

E il manicomio era lì a rinchiodere questi degenerati che contraevano la loro malattia dentro una società che era causa della stessa malattia.

---

<sup>457</sup> M. Figurelli, *L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcoolismo in Italia*, in «Classe», 15, 1978 e G. Gavazzeni, *Cura e profilassi delle nevrosi in rapporto alla loro origine*, Tipografia Sant'Alessandro, Bergamo 1908.

<sup>458</sup> N. Colajanni, *L'alcoolismo, sue conseguenze morali e sue cause*, Tropea, Catania 1887 e G. Allevi, *L'alcoolismo*, Hoepli, Milano 1906.

<sup>459</sup> G. Rochat, *L'alcoolismo in Italia*, Firenze, 1905 in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», Vol. 35, Società italiana di psichiatria, 1909.

<sup>460</sup> G. Antonini, *Assistenza e trattamento dei pellagrosi e degli alcoolisti*, Vallardi, Milano 1909, pp. 148-150.

<sup>461</sup> C. F. Zanetti, *Le nevrosi professionali*, Hoepli, Milano 1914.

## 2.6 Verso la Legge Giolitti

Nonostante già verso la metà dell'800 si cominciasse a parlare dell'esigenza di una legge unica, in grado di uniformare le discipline manicomiali delle diverse regioni italiane, solo agli inizi del '900 la legge fu promulgata e resa operativa. Il ritardo nell'elaborazione di una norma nazionale rispetto alle altre nazioni europee, soprattutto alla vicina Francia (la legge è del 1838), trovava spiegazione nello scarso interesse per la questione "manicomi" da parte della classe politica. La psichiatria rivendicava un posto di dominio nella gestione della follia e anche se il momento della sicurezza pubblica era l'elemento dominante nei vari progetti di legge presentati, non era mai ufficialmente dichiarato come esclusivo o prevalente. Esso era sempre "coperto"<sup>462</sup> dalla centralità degli interessi dei malati, chiamati in causa per ribadire la necessità del ricorso al regime asilare e per giustificare gli effetti di esclusione. Questo clima di disinteresse politico e di presa di potere della psichiatria ritardarono e resero tortuoso il percorso per l'arrivo in Italia ad una legge nazionale.

Il primo progetto di legge organico sui cosiddetti alienati veniva presentato alla Camera dei Deputati dal Ministro Nicotera il 22 novembre 1877 e prevedeva la separazione dei manicomi pubblici da quelli privati. Il mantenimento delle spese per i ricoverati era a carico delle province e tutti i manicomi pubblici dovevano essere dotati di apposite sezioni criminali. Il progetto prevedeva anche il ricovero obbligatorio per i folli ritenuti pericolosi o scandalosi<sup>463</sup>. Non fu mai discusso.

Il secondo progetto di legge portava la firma di De Pretis<sup>464</sup> e ricalcava quasi completamente le proposte del Progetto Nicotera. Si differenziava da esso perché dedicava un'intera parte ai manicomi criminali<sup>465</sup>, comprendeva gli idioti e gli imbecilli nella categoria dei mentecatti e prevedeva il collocamento in custodia familiare per i folli ritenuti tranquilli, ma non guaribili. Anche esso non fu mai approvato.

---

<sup>462</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p.100.

<sup>463</sup> S. Biffi, *Opere complete*, Vol.III, Hoepli, Milano 1902, pp.407-410.

<sup>464</sup> C. Zucchi, *Alcuni riflessi intorno al progetto di legge sugli alienati e sui manicomi*, in «Rendiconti dell'Istituto Lomgobardo di Scienze e di Lettere», Vol. 17, anno 1884, p.697.

<sup>465</sup> *Ibidem*.

La situazione era complessa. Se da una parte, nonostante i progressi della scienza psichiatrica e l'introduzione di nuove e dettagliate nosografie, restava difficile capire se il ricoverato ritenuto folle, fosse guaribile o no, dall'altra emergeva in maniera sempre più evidente la necessità di chiarire il rapporto tra il folle autore di reato e la giustizia. Occorreva capire se giuridicamente la posizione di folle fosse predominante su quella del delinquente e quindi capace di deresponsabilizzare quest'ultimo dalle sue azioni criminose. In Parlamento si continuava a discutere su come risolvere queste questioni di natura giuridica e sociale senza però mai arrivare ad una soluzione definitiva e di largo consenso. I dibattiti e le relazioni che si susseguivano in Parlamento ne offrono una chiara testimonianza<sup>466</sup>. Appare esemplificativo delle difficoltà riscontrate l'intervento dello stesso Nicotera che in una discussione avutasi alla Camera dei Deputati nella tornata del 10 maggio 1890 parlava apertamente degli "inconvenienti", che derivavano dall'entrata in vigore del Nuovo Codice penale. *“Quando in un processo risulta che l'accusato nel momento in cui commise il reato, non era nelle pienezza delle sue facoltà mentali, allora lo si manda in esperimento al manicomio. Però si manda al manicomio un'altra categoria di persone. Si mandano al manicomio molti di quelli liberati dal carcere per effetto delle disposizioni del nuovo codice. Questo è un grandissimo inconveniente perché in nessun manicomio del regno esiste la sezione penale. Sicché tanto quelli che sono mandati in esperimento dal magistrato, quanto quelli che ora i sindaci trovano comodo di mandarvi, perché loro recano disturbo, gli usciti dalla galera, si debbano confondere con tutti gli altri poveri disgraziati veramente ammalati; e li inconvenienti sono gravissimi”*<sup>467</sup>.

Chiarificatore delle difficoltà che si nascondevano dietro la delega della follia agli psichiatri, era anche l'intervento del Deputato Imbriani che affermava *“Riguardo ai poveri reclusi nei manicomi noi abbiamo bisogno assolutamente di una legge organica, poiché ci troviamo in condizioni che rammentano tempi semi-barbarici [...]. Non abbiamo nessuna norma, nessuna garanzia legale che regoli questa materia. Basta che un medico così detto alienista dichiarare matto un individuo perché sia rinchiuso in un manicomio”*<sup>468</sup>.

Seguì una nuova proposta di legge, sempre a nome di Nicotera. Venne presentata al Parlamento nel 1891 e pur se approvata in Senato, non arrivò mai alla Camera. Nella relazione

---

<sup>466</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp. 100-118.

<sup>467</sup> *Ibidem*.

<sup>468</sup> *Ibidem*.

che accompagnava il progetto, Nicotera sosteneva *“In questo quarto di secolo, la questione, infatti del ricovero degli alienati e della loro sorveglianza e tutela ha sempre più preoccupato l’attenzione delle nazioni civili e mostrato la necessità di misure uniformi di vigilanza e di accentramento, anche fra quei popoli, come l’inglese, che a quest’ordine di misure son più repugnanti. Gli è che da una parte l’accrescimento vero ed apparente dei pazzi minaccia le economie e la sicurezza dello Stato, quando non ne turba la giustizia; e che non pare si possa provvedere ad un difetto come quello della sicurezza, senza peccare nell’altro come quello della giustizia e dell’economia; gli è che se non si abusò veramente mai dei dettami dell’arte, se ne usò per eccesso di filantropia e di carità, in modo da suscitare i sospetti del pubblico”*<sup>469</sup>. Il progetto di legge attribuiva maggior ruolo alla figura del direttore dei manicomi, nella speranza di realizzare l’armonia necessaria tra le funzioni interne di direzione ed amministrazione, prevedeva l’ingresso volontario in manicomio da parte delle persone consapevoli della propria alienazione e la creazione di reparti di osservazione nelle carceri, nei manicomi, negli ospedali, per valutare al meglio le ammissioni e per evitare situazioni di sovraffollamento. Proponeva anche per tutti i casi di infermità congenita del soggetto, la non accettabilità in manicomio, in quando il malato non essendo ritenuto né pericoloso né scandaloso, poteva essere accolto presso altri istituti. L’onere del mantenimento del ricoverato era stabilito nella misura di tre quarti per la Provincia e nella misura di un quarto per il Comune.

Il dibattito che accompagnava, sotto il profilo teorico, il percorso delle leggi sui manicomi in Italia, era quello che vedeva opporsi la Scuola positiva di diritto penale e quella classica che avevano tra i propri esponenti maggiori la prima Cesare Lombroso e la seconda Francesco Carrara<sup>470</sup>. Nel XIX secolo aveva iniziato ad affermarsi una nuova visione del diritto, della pena e del colpevole, quella appunto positivista, fondata su una base determinista. Non contemplava l’esistenza di una mente razionale che potesse scegliere come e quando agire e stabiliva che il comportamento degli individui era determinato da specifici tratti biologici. Il corpo e il comportamento erano strettamente legati, per questi autori, alle caratteristiche genetiche

---

<sup>469</sup>*Ibidem.*

<sup>470</sup> Francesco Carrara, nato a Lucca il 18 settembre 1805 era un giurista e politico italiano di ispirazione liberale, professore di Diritto Criminale a Lucca (fino al 1859) e poi a Pisa. La sua principale opera in dieci volumi fu il *Programma del corso di diritto criminale*, riassunto delle lezioni elaborate durante gli undici anni di insegnamento nell’ateneo lucchese.

trasmesse per via ereditaria. Il metodo di analisi era induttivo e si basava sulla rigorosa osservazione dei fatti. Fatti che in materia di follia e folli avevano spinto gli studiosi a leggere la società come minacciata da persone ritenute pericolose, capaci di commettere gravi reati. Il reato e la pena relativa alla gravità dell'atto non erano più al centro del dibattito, l'attenzione si spostava sull'autore del reato in quanto destinatario della pena, dotato di una propria personalità pur se biologicamente data<sup>471</sup>. Il folle, quindi, che nell'immaginario comune poteva facilmente commettere azioni pericolose e scandalose era il nuovo oggetto di studio del diritto penale. Le pene dovevano essere costruite sulle sue caratteristiche cerebrali, percepibili solo dagli esperti come gli psichiatri. Tale emergente impostazione si allontanava notevolmente dalle posizioni della Scuola Classica e dal sistema punitivo ad essa legato, che vedevano la pena strettamente legata alla natura del crimine commesso da soggetti ritenuti pienamente responsabili delle proprie azioni. Per i positivisti, invece, la pena era considerata uno strumento di difesa sociale, uno strumento che aveva il dovere di difendere la società da individui condannati dalla biologia a compiere azioni violente. La diffusione di questo approccio portò a considerare la follia come caratteristica innata per molti delinquenti. Essi bloccati in una condizione primitiva, spinti da pulsioni e istinti negativi erano portati a delinquere dalla loro costituzione genetica, pertanto era necessario ragionare su misure di carattere preventivo, che in virtù delle caratteristiche fisiche, somatiche e psicologiche catalogate, avrebbero permesso di riconoscere e isolare i pericolosi prima ancora che potessero nuocere alla società<sup>472</sup>. I pericolosi erano persone non guaribili, con chiari segni di deviazioni morali e sociali, meritevoli di essere esclusi dalla società<sup>473</sup>.

L'aspetto più significativo dell'estensione di questa dottrina scientifica a livello teorico fu quello che condusse all'opposizione tra i concetti di determinismo e di libero arbitrio. Stabilire infatti che gli individui fossero biologicamente determinati comportava l'abolizione della facoltà di scelta, che era alla base della scuola classica. La Scuola Classica attribuiva la pena in virtù della responsabilità personale dell'individuo nel compiere azioni e legava la libertà alla responsabilità. L'affermarsi del positivismo invece condizionò in senso contrario lo

---

<sup>471</sup> L. Picotti, *Cesare Lombroso: un'introduzione all'impatto del suo pensiero sulla teoria del diritto penale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2011, pp.71-76.

<sup>472</sup> Il riferimento è all'impostazione Lombrosiana e alla teoria del delinquente nato (C. Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza e alle discipline carcerarie*, cit.).

<sup>473</sup> O. Giraud, M. Ruocco, F. Scalfani, G.B. Traverso, *L'imputabilità dei soggetti con disturbo della personalità*, op. cit., pp. 305-345.

sviluppo delle leggi italiane in materia di internamento e manicomi, legando sempre più la figura del folle a quella del delinquente nato, irresponsabile e inguaribile, da destinarsi alla reclusione perpetua. Negare il libero arbitrio significava confondere l'infrazione della norma e il rispetto della norma e condannare a vita chi altro non poteva fare che essere il criminale che era nato. Molte persone pagarono con anni di reclusione e internamento l'imporsi di queste nuove teorie giuridiche.

Mentre si affrontavano a livello teorico queste due correnti di pensiero restava forte, in Italia, il problema di riuscire a identificare delle caratteristiche specifiche ed esclusive per le categorie del folle e del reo. Il problema era quello di cercare di capire attraverso il riconoscimento degli attributi distintivi del folle e del reo, quale fosse per ognuno la destinazione migliore, il luogo fisico più adatto a rinchiuderli. La follia, la pericolosità e il reato avevano trovato una base comune nella morale e una giustificazione nella scienza, ma appariva comunque necessario trovare una norma che fosse in grado di legittimare e rendere accettabili i ricoveri e le carcerazioni generalizzate agli occhi della società e che quindi si basasse su dei parametri ben riconoscibili da tutti i suoi membri.

Il delinquente e il pazzo, che la dottrina psichiatrica accomunava in virtù della presenza in ambedue i casi di lesioni delle facoltà mentali, dovevano essere separati nella collocazione fisica. La difficoltà era quella di capire bene come differenziarli e soprattutto come gestire la responsabilità penale dei soggetti (i folli) che la psichiatria riteneva irresponsabili. Un medico alienista operante presso il manicomio di Aversa, Gasparre Virgilio, ribadiva che i folli andassero “neutralizzati” perché “*quando un superiore interesse sociale ne ingiunge mantenere assicurato un folle omicida in un manicomio, talora anche per tutta la vita (e questo certo è più duro dello stesso carcere) mentre la giustizia lo dichiarava niente affatto colpevole, esso difatti chiama anche i folli a rispondere dei loro atti, una volta che la responsabilità implica garanzia delle offese che alla società potrebbero essere arrecate. La responsabilità esiste nei pazzi come nei delinquenti [...] ecco come lungi dal sopprimere, colle scuse la pazzia, la responsabilità, si cerca solo di modificarla nella interpretazione morale*”<sup>474</sup>. La follia a prescindere non aveva giustificazioni, poteva non subire un processo, ma doveva comunque

---

<sup>474</sup> A. Borzachiello, *Il luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale*, in G. Pugliese, G. Giorgini (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma 1997, p.4.

essere circoscritta e bloccata nelle sue conseguenze sociali. Essendo biologicamente data e capace di danneggiare la morale, doveva subire un trattamento più duro. La punizione “per la follia” era in virtù del danno sociale creato.

La psichiatria, positivista e determinista, continuava ad imporsi nella gestione della follia e a produrre nuove categorie di folli, tutti da internare, come dimostra il costante aumento del numero dei ricoveri nei manicomi italiani<sup>475</sup>. Essa rivendicava con toni sempre più forti un ruolo centrale nella formulazione delle leggi che interessavano gli alienati e chiedeva che tutti i detenuti folli, anche quelli impazziti in corso di pena o di processo, venissero inviati in luoghi che non fossero il carcere, come tutti i malati di mente.

Il Codice Zanardelli del 1889, realizzò una sintesi di questo ampio dibattito, optando per una leggera svolta verso la scuola classica. In esso si riaffermava, infatti, il principio che la pena andasse inflitta in virtù della gravità del fatto e che al magistrato non competessero (art.46) le valutazioni scientifiche sugli internamenti, né le decisioni sulla reclusione a vita delle persone in manicomio. Il giudice poteva al massimo valutare un individuo non punibile e inviarlo alle autorità competenti se ritenuto pericoloso. I fautori delle dottrine positiviste non condivisero questa soluzione e manifestarono all’occorrenza il proprio dissenso. Gli interventi di Lombroso, Tamburini e Ascenzi, incaricati nel 1892 di un’ispezione nei manicomi del Regno, né danno prova. Essi sottolineavano con rammarico che era stata stravolta la funzione dei manicomi criminali<sup>476</sup>, in quanto pieni di detenuti impazziti mentre scontavano la pena e giudicabili in osservazione. Solo due erano gli internati prosciolti perché infermi di mente<sup>477</sup>. Sostenevano la necessità di una riforma carceraria che stabilisse con chiarezza la linea di confine con il manicomio, necessario per gli infermi prosciolti, i semi-infermi, ma anche per gli epilettici e i cosiddetti pazzi morali.

In Italia si era iniziato a ragionare di manicomi criminali solo verso la fine dell’800 e in merito a due categorie di soggetti: coloro che autori di reato, erano da assolvere perché

---

<sup>475</sup> M. Gillio, *La popolazione manicomiale in Italia dall’Unità alla Grande Guerra*, in S. Montaldo, P. Tappero (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, UTET, Torino, p.100.

<sup>476</sup> R. Canosa, *op.cit.*, pp.100-118.

<sup>477</sup> R. Rosso, U. Fornari, *Il trattamento del prosciolto nella psichiatria positivista una rivisitazione storica*, *op. cit.*, p.329.

riconosciuti folli e quindi non condannabili e coloro che impazzivano successivamente alla commissione del reato. La discussione oscillava tra due posizioni, una che auspicava l'invio nei manicomi comuni dei criminali già folli al momento della commissione del reato e l'allontanamento degli impazziti dalle carceri in virtù della pessima influenza che potevano esercitare sugli altri detenuti<sup>478</sup> e l'altra che, molto vicina alle tesi lombrosiane<sup>479</sup>, insisteva per il ricovero nei manicomi criminali non solo per i delinquenti impazziti successivamente al reato, ma anche per coloro che fossero già stati ritenuti pazzi al momento della commissione del gesto criminale<sup>480</sup>. A vincere fu la prima posizione, legata alla scuola classica, pur se in modo relativo. L'art.47 del codice Zanardelli disponeva infatti che non era punibile per un reato commesso l'individuo che si trovava in condizioni di alienazione e alterazione della mente, tali da non fargli avere coscienza degli atti che compiva. Lo stesso articolo stabiliva che il giudice poteva ordinare per questi il ricovero in manicomio criminale o comune per rimanervi, finché l'autorità competente lo ritenesse necessario. Il problema riguardava l'autorità del magistrato chiamato a decidere sulla carcerazione o internamento in manicomio, in quanto ritenuto non competente sotto il profilo medico<sup>481</sup> per decidere della libertà delle persone. La discussione si chiuse con l'art. 46 del definitivo codice Zanardelli che formulava *“che il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'autorità competente per i provvedimenti di legge”*. Tuttavia nel codice non vi era espresso riferimento all'Istituto dei manicomi giudiziari per gli imputati prosciolti per infermità di mente. La previsione del loro ricovero in tali strutture dovette aspettare altri due anni per essere disciplinata, peraltro attraverso una procedura alquanto insolita. Si trattava infatti di norme inserite nel nuovo regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi (RD. 1 febbraio 1891, n. 260)<sup>482</sup>. Con esso si stabilivano le figure per cui era stato

---

<sup>478</sup> S. Biffi, *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei delinquenti divenuti pazzi*, in «Rendiconti del Regio Istituto lombardo di scienze, lettere e arti», 1872, Vol. V, pp. 583-590.

<sup>479</sup> C. Lombroso, *Sull'Istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in “Rendiconti del Regio Istituto lombardo di scienze, lettere e arti”, 1872, vol. V, pp. 72-75, 150-155.

<sup>480</sup> A. Tamburini, *I manicomi Criminali*, in «Rivista di discipline carcerarie», 1873, pp.35-45.

<sup>481</sup> Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVI, II sessione 1886, Documenti, disegni di legge e relazioni: Progetto del codice penale per il Regno d'Italia, seduta del 22 novembre 1887, vol. I, pp.166-168.

<sup>482</sup> Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi approvato con R.D. n.260 il 1 febbraio 1891. L'argomento era disciplinato da vari articoli. Art. 469 Destinazione dei Manicomi Giudiziari. Per i condannati che devono scontare una pena maggiore di un anno, colpiti da alienazione mentale, sono destinati speciali stabilimenti o manicomi giudiziari nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura (...).

pensato il manicomio criminale, che erano identificate nei detenuti impazziti dopo la condanna con pena superiore ad un anno, nei prosciolti per totale infermità di mente e nei giudicabili inviati in osservazione dall'autorità giudiziaria. Di fatto, però, il manicomio giudiziario restava privo di una definizione precisa e di un ruolo specifico e rappresentava un “*appendice del carcere*”<sup>483</sup>, idonea a contenere quei detenuti che compromettevano il funzionamento degli istituti di pena ordinari. Le storie di Anna A.<sup>484</sup> e Adele F.<sup>485</sup> ne sono una prova tangibile.

Il manicomio giudiziario, sanzionato di diritto con la legge Giolitti, più che essere espressione di reali esigenze pratiche, sembrava essere espressione di quella parte dell'antropologia criminale che cercava necessariamente di dimostrare l'esistenza dei delinquenti nati e di dare valore a quelle conoscenze della scuola positivista che introducevano nei corpi i segni della degenerazione<sup>486</sup>. Il manicomio criminale si presentava come alternativa al carcere sotto la forma di un particolare manicomio. “*Alla pena determinata e proporzionata al reato, fino ad allora fondamento del codice penale, sostituiva un trattamento dalla durata indeterminata, indipendente da un codice scritto e vincolato fortemente al potere psichiatrico*”<sup>487</sup>. Voluto da esponenti dell'antropologia criminale come Lombroso, Biffi,

---

Art. 470 Condannati dementi inoffensivi. I condannati che devono scontare una pena minore di un anno colpiti da alienazione mentale, ma inoffensivi, paralitici, o affetti da delirio transitorio, possono rimanere negli stabilimenti ordinari, ove non manchino i mezzi di cura e non si porti in nocimento alla disciplina interna. In caso contrario possono essere inviati ai manicomi giudiziari od anche ai manicomi provinciali a spese dell'amministrazione. Art. 471 Giudicabili dementi prosciolti e ricoverati nei manicomi giudiziari. Gli imputati o accusati prosciolti, ai sensi dell'art 46 del codice penale e per i quali il Presidente del Tribunale Civile pronunzia il ricovero definitivo in un manicomio sono trasferiti con decreto del Ministero dell'Interno, e su proposta dell'autorità di pubblica sicurezza in un manicomio giudiziario, ma in sezioni separate. Art. 472 Accusati in esperimento nei manicomi giudiziari. Nelle sezioni indicate dall'articolo precedente possono essere fatti ricoverare, con decreto del Ministero dell'interno, anche gli accusati prosciolti che ai sensi dell'art.13 del r.d. 1 dic. 1889 n. 6509 sez.3 debbono essere provvisoriamente chiusi in un manicomio in istato di osservazione. Art. 473. Imputati in esperimento nei manicomi giudiziari. Sopra apposita domanda dell'autorità giudiziale possono essere ricoverati in una sezione speciale dei manicomi giudiziari anche gli inquisiti in istato di osservazione. L'assegnazione è fatta per decreto del Ministero dell'interno.

<sup>483</sup> L. Schettini, *La misura del pericolo. Donne reclusi nel manicomio giudiziario di Aversa (1931-50)*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», n.2/2004, pp. 295-318.

<sup>484</sup> ASMP, Archivio sanitario, Fascicolo n. 259, Anna A., Questionario, Notizie richieste per l'ammissione degli alienati. Si racconta che la paziente assume durante la detenzione atteggiamenti negativi, che ha frequenti allucinazioni e che rifiuta il cibo.

<sup>485</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 673, Adele F. , Questionario, Notizie richieste per l'ammissione degli alienati. Si racconta nel documento che la detenuta ha carattere insubordinato, che minaccia le altre detenute e che ha un atteggiamento aggressivo verso tutti.

<sup>486</sup> L. Schettini, *op. cit.*, p.297.

<sup>487</sup> *Ibidem*.

Virgilio, Tamburini era prova tangibile dell'impatto profondo che le idee di Lombroso ebbero nel sistema penale italiano<sup>488</sup>. Un impatto “*evidente soprattutto se si guarda ai percorsi di istituzionalizzazione, anche informali, della criminologia positivista e non solo nell'ambito legislativo. I manicomi giudiziari, infatti, istituzione di certo non irrilevante all'interno del panorama giuridico italiano, nacquero e funzionarono ben prima dell'approvazione di una legge che li istituì, grazie all'iniziativa di uomini che in virtù della loro funzione pubblica agirono anche al di fuori dei meccanismi della vita parlamentare italiana*”<sup>489</sup>. Anche su questo complesso tema la psichiatria italiana riuscì ad imporsi intravedendo nell'incontro tra la nuova scienza criminologica e quella psichiatrica un ulteriore terreno di sviluppo, che non metteva in dubbio la propria supremazia in tema di follia e che lasciava ampi margini di avanzamento. Nuovi folli per i medici e nuovi colpevoli per i giudici.

Molteplici erano le esigenze da contemplare in un contesto dove la scienza e la legge non riuscivano a trovare una soluzione comune<sup>490</sup>, se non in linea di principio. Giolitti provò a rispondere a queste difficoltà mediando tra le rivendicazioni degli scienziati e quelle dei giuristi. Nel 1893 propose un progetto di legge denominato “*Sulla tutela e sulla custodia degli alienati*” che doveva “*provvedere alla loro tutela, soprattutto perché, se è nel diritto della società il togliere in dati casi la libertà personale a colpiti da infermità mentali, questa custodia deve essere circondata dalle migliori garanzie affinché non possa mai diventare arbitraria, e all'individuo ad essa sottoposto, non vengano mai meno l'assistenza e le cure che può suggerire la filantropia illuminata della scienza*”<sup>491</sup>. La cura veniva subordinata alla custodia, seguendo la linea di pensiero che aveva accompagnato le precedenti proposte di legge. Il progetto non fu

---

<sup>488</sup> M. Gibson, *op. cit.*, p.180.

<sup>489</sup> L. Schettini, *op.cit.*,p.298.

<sup>490</sup> Sul dibattito di fine '800 tra alienisti e giuristi si legga V.P. Babini, *La responsabilità nelle malattie mentali*, in V. P. Babini, M. Coletti, F. Minuz, A. Tavaglini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'ottocento*, il Mulino, Bologna 1982, pp. 135-198; G. Ziino, *Sulle cause che escludono e diminuiscono l'imputabilità secondo l'ultimo progetto di Codice Penale*, Napoli, 1874; C. Livi, *I periti alienisti nel foro (lettera al Prof. Comm. F. Carrara)*, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche», 1875; F. Carrara, *I periti alienisti nel foro (lettera al Prof. C. Livi)* in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche»,1875.

<sup>491</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp.100-118.

discusso, così come non fu discusso il successivo progetto di legge presentato nel 1897 alla Camera con il titolo “Disposizioni intorno agli alienati ed ai manicomi”<sup>492</sup>.

Il clima restava incerto. L'emergenza manicomio (che le varie ispezioni<sup>493</sup> e gli scandali che riempivano la cronaca nazionale<sup>494</sup> avevano portato all'attenzione pubblica) spinse la Direzione generale di sanità del Ministero dell'interno a realizzare un'inchiesta<sup>495</sup> su tutti i manicomi nazionali, per avere una fotografia attenta e dettagliata sulla situazione di fatto. Ne seguì, sempre ad opera di Giolitti, nel 1902, la presentazione al Senato di un nuovo disegno di legge intitolato “*Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi*”<sup>496</sup>, che si allontanava notevolmente nei contenuti dai tentativi precedenti e che avrebbe dovuto regolamentare tutte le strutture psichiatriche nazionali. I punti fondamentali del progetto erano il ricovero obbligatorio soltanto per i soggetti ritenuti pericolosi o scandalosi, l'internamento con procedura giudiziale salvo urgenze, la competenza delle spese alle province e l'istituzione di un servizio di sorveglianza per gli alienati. Il progetto venne rivisto dall'Ufficio centrale e ripresentato con alcune modifiche, che cercavano di attribuire ai medici psichiatri l'autorità necessaria per la gestione di tutta l'attività del manicomio. Il senatore Lucchini<sup>497</sup> precisava a sostegno delle modifiche apportate alla prima formulazione del disegno di legge, che il ministro Giolitti aveva dato ampio spazio alle sue preoccupazioni sulla tutela della libertà individuale e della sicurezza sociale, ma non aveva dato la giusta attenzione alle questioni amministrative, né ai “*diritti della scienza rappresentata dai direttori sanitari di manicomio*”<sup>498</sup>. Il testo rivisto fu approvato dal Senato. La discussione ebbe luogo nelle sedute del 9, 10, 11 febbraio del 1904 e fece registrare una bassa presenza di senatori in aula e una discussione povera e non partecipata<sup>499</sup>. La legge comunque fu approvata il 12 febbraio 1904 e promulgata il 14 successivo con il n. 36<sup>500</sup>.

---

<sup>492</sup> Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVIII, I sessione 1892-1893, Documenti, progetti di legge, relazioni n.74, pp.1-2.

<sup>493</sup> R. Canosa, *op. cit.*, pp.100-118.

<sup>494</sup> *Ivi.*, pp.119-135.

<sup>495</sup> L'inchiesta fu commissionata dal Ministero dell'Interno nel 1891 per svolgere un'ispezione su tutti i manicomi presenti in Italia, al fine di verificarne le condizioni di fatto e produrre una legge nazionale in grado di porre fine alle condizioni di sovraffollamento e di carenze strutturali e igieniche in cui versavano le strutture.

<sup>496</sup> G.B. Cereseto, *op. cit.*, pp. 297-305.

<sup>497</sup> Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVI, II sessione 1902-1903, Discussioni, tornata del 26 marzo.

<sup>498</sup> *Ibidem.*

<sup>499</sup> A. Gilardoni, voce *Manicomi*, in «Il Digesto Italiano», Vol. XV, I, 1907, p. 609.

<sup>500</sup> Il testo integrale della Legge è riportato in appendice.

La legge Giolitti in merito alla figura del direttore sanitario (art.4) stabiliva che egli aveva la piena autorità sul servizio sanitario, il potere disciplinare e l'alta sorveglianza sulla gestione economica e finanziaria e che dovesse richiedere le dimissioni del ricoverato, da approvare successivamente con decreto del Tribunale. Istituiva anche il "licenziamento in via di prova" (art.3) istituito che prevedeva che il malato che migliorava le proprie condizioni di salute poteva essere dimesso temporaneamente e rimesso in libertà in via definitiva, solo dopo la verifica dell'effettiva guarigione.

Il cambiamento realizzato dalla legge in merito all'attribuzione dei poteri ai medici psichiatri, nella figura del direttore, era notevole, ma non lasciò completamente soddisfatti né i medici né i politici. Gilardoni, funzionario dell'Amministrazione provinciale di Roma<sup>501</sup>, a riguardo affermava *"tutto quanto riguarda l'autorità del medico direttore è veramente esorbitante [...] l'alta sorveglianza sulla gestione economica-finanziaria dell'Istituto e la responsabilità per tutte le trasgressioni alle legge sui manicomi, attribuite al medico direttore fanno di questo un vero autocrate dell'istituto, autocrate che avrà modo di imporsi arbitrariamente all'ente che lo nomina e lo paga"*<sup>502</sup>. Il Dottor Tanzi, per contro, pur riconoscendo validi i principi ispiratori della norma, lamentava la presenza dei regolamenti interni come espressione di scarsa garanzia e fiducia verso il direttore stesso<sup>503</sup> e quindi lesiva del potere psichiatrico.

La legge Giolitti nelle sue disposizioni confermava comunque l'aderenza alla concezione securitaria, anche se rivendicata nell'interesse dei malati<sup>504</sup>, e ai principi generali della scuola positiva. Chiudeva in una sola norma scienza, legge e costume e rendeva la morale un imperativo giuridico così potente da riuscire definitivamente a liberare le strade dalla presenza dei pericolosi e degli scandalosi.

---

<sup>501</sup> Annibale Gilardoni, nato a Roma il 6 giugno 1873 fu un funzionario della Corte dei Conti che lavorò presso l'Amministrazione Provinciale di Roma.

<sup>502</sup> A. Gilardoni, *op.cit.*, p.616.

<sup>503</sup> A. Tanzi, *La legge sui manicomi e gli alienati*, in «Rivista di beneficenza pubblica, Previdenza e Igiene sociale», XXXI, 1903.

<sup>504</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p.100.

## APPENDICE

**Tabella n.1.** Pazzi ricoverati al 31 dicembre 1880 presso i Manicomi italiani, divisi per Regione.

Regioni	Popolazione calcolata al 31 dicembre 1880			Pazzi ricoverati		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	1574096	1557264	3134630	1093	969	2062
Liguria	448876	448490	895493	311	423	734
Lombardia	1887628	1819277	3705508	1582	1517	3099
Veneto	1445983	1404747	2850730	890	1292	2182
Emilia	1131049	1077764	2208213	1322	1259	2581
Umbria	295717	278100	573817	176	143	319
Marche	472591	482331	954922	548	443	991
Toscana	1148798	1090344	2239142	1008	1108	2116
Roma	441031	397152	841183	449	330	779
Napoletano	3762411	3833377	7595788	1013	572	1585
Sicilia	1421805	1430120	2851925	531	369	900
Sardegna	345618	327430	673048	77	46	123
<b>Totale</b>	<b>14378603</b>	<b>14146396</b>	<b>28524399</b>	<b>9000</b>	<b>8471</b>	<b>17471</b>

**Tabella n.2.** Risultati comparativi dei censimenti speciali degli alienati ricoverati in tutti gli Istituti di assistenza al 1 gennaio (1875 al 1914).

Anni	Fonte	Num. degli Istituti	Ricoverati al 1° gennaio				Maschi ricoverati per 100 femmine
			Cifre assolute			Cifre proporz. a 100.000 abitanti	
			Maschi	Femmine	Totale		
1875	Verga	43	6934	5979	12913	47,3	116,0
1878	Id.	57	8010	7063	15173	54,6	111,8
1881	Id.	62	9000	8471	17471	61,7	106,2
1884	(a)	?	10125	9327	19448	67,3	108,5
1885	(a)	?	10481	9570	20051	68,9	109,5
1886	(a)	?	10443	9839	20282	69,2	106,1
1887	(a)	?	10372	9713	20085	68,1	106,8
1888	(a)	?	10414	9469	19883	66,9	110,0
1889	Direz. Gen. Statistica	82	11895	10529	22424	74,9	113,0
1892	Lombroso e Tamburini	84	?	?	24118	78,9	?
1897	Tamburini	92	?	?	29631	93,7	?
1898	Direz. Gen. Statistica	128	18432	15166	33598	105,6	121,5
1899	Id.	128	19058	15744	34802	108,6	21,0
1902	?	?	?	?	36845	113,0	?
1905	?	?	?	?	39544	119,3	?
1908	Direz. Gen. Statistica	151	24744	20265	45009	133,8	122,1
1910	Tamburini e Antonini	?	?	?	51215	149,7	?
1914	Vidoni	152	?	?	54311	152,6	?

(a) Dati desunti dal volume *Movimento degli infermi negli Ospedali civili* Anni 1885-1886 e 1887, edito dalla Direzione Generale della Statistica - Roma - Tip. della Camera dei Deputati, 1888, pag. xxxv.

**Tabella n.3.** *Detenuti entrati dallo stato di libertà e usciti in libertà, presenti a fine anno, divisi secondo il sesso (dal 1863 al 1910).*

Anni	Entrati dallo stato di libertà		Usciti in libertà		Presenti	
	Mf	F	Mf	F	Mf	F
1863	185.839	22.327	159.822	20.003	47.457	3.414
64	161.338	23.037	151.023	22.903	35.778	2.543
65	162.444	23.019	153.192	22.134	38.300	2.254
66	203.291	27.840	193.134	26.788	45.363	2.724
67	197.730	25.772	189.881	24.930	44.317	2.865
68	187.856	28.010	192.227	27.624	44.700	3.073
69	185.298	25.709	189.012	26.685	42.213	2.841
70	174.924	23.579	183.677	24.809	40.637	2.607
1871	199.967	26.791	205.681	27.147	47.086	2.789
72	194.723	28.269	209.255	28.847	45.699	3.039
73	190.961	30.576	202.955	31.140	44.262	3.201
74	208.572	33.281	218.999	34.023	45.765	3.517
75	206.864	34.496	219.378	35.045	43.939	3.067
76	198.424	33.063	209.446	33.418	34.285	2.347
77	195.178	33.211	190.148	32.457	39.072	2.831
78	182.375	30.441	179.964	29.692	37.187	2.661
79	235.992	39.041	226.672	37.857	42.497	3.064
80	269.529	45.810	264.656	44.935	42.043	3.099
1881	255.483	43.168	246.398	42.458	40.397	3.074
82	246.959	42.527	245.824	41.921	38.459	2.801
1896	243.224	35.034	261.496	38.918	24.484	1.430
97	223.191	30.828	222.305	31.549	33.107	2.481
98	281.907	41.085	286.882	43.711	38.893	3.392
99	275.240	41.837	292.742	46.831	36.879	3.327
900	262.723	37.990	288.965	44.418	21.823	1.386
1901	201.443	27.647	194.688	29.412	32.702	2.478
02	257.605	37.542	268.496	42.390	32.582	2.698
03	249.342	37.775	260.846	41.119	31.219	2.665
04	245.083	35.198	243.586	35.957	27.608	2.241
05	225.994	30.155	217.773	30.432	26.836	2.040
06	216.134	27.205	209.119	27.616	24.789	1.637
07	185.472	21.449	174.670	21.599	23.959	1.634
08	192.040	20.344	179.063	20.529	25.599	1.627
09	227.446	22.123	215.112	21.183	25.242	1.625
10	205.258	20.136	196.016	19.964	33.911	1.500

**Tabella n.4. Spese globali delle Province e quelle destinate al mantenimento dei folli dal 1871 al 1897**

Anni	Totale generale del bilancio (spese ordin. e straor.)	Spese per il mantenimento dei pazzi poveri
1871	74.682.505	4.773.241
1872	82.982.564	4.999.601
1873	74.772.379	5.458.581
1874	78.074.181	6.151.720
1875	80.214.196	7.267.336
1876	81.628.176	7.616.618
1877	90.523.153	6.974.360
1878	84.491.042	7.555.234
1879	84.469.356	8.038.109
1880	91.082.841	8.259.064
1881	95.945.585	8.660.305
1882 *	107.215.936	8.959.228
1883	101.010.995	9.260.978
1884	98.701.476	9.759.004
1885	100.631.897	10.079.397
1886	97.417.059	10.169.791
1887 **	112.436.330	—
1888 **	110.861.596	—
1889	103.477.436	10.739.766
1890	104.238.317	11.016.390
1891	109.533.326	11.313.385
1895***	102.993.720	12.405.570
1897	111.957.847	13.047.542

\* Nel 1882 è stato modificato il modello di compilazione.  
 \*\* Per il 1887 e l'88 non sono stati pubblicati altro che i dati sommari.  
 \*\*\* Non è stata eseguita la statistica negli anni 1892-94 e 1896.

**Tabella n.5. Disponibilità media giornaliera per abitante di sostanze nutritive e di calorie (le sostanze nutritive sono espresse in grammi, le calorie in numero).**

Anni	Sostanze nutritive						Calorie	
	Proteine		Grassi		Idrati di carb.		Totale	di origine animale
	Totale	di origine animale	Totale	di origine animale	Totale	di origine animale		
1861-70	86,4	14,2	63,2	21,2	414,3	3,7	2.628	266
1871-80	85,5	15,4	65,9	23,9	413,7	3,8	2.647	296
1881-90	74,7	17,4	56,5	27,5	335,7	4,3	2.197	340
1891-900	72,7	16,8	54,6	25,6	322,9	4,3	2.119	319
1901-10	90,3	16,9	57,3	24,5	420,7	4,7	2.617	311
1911-20	95,5	19,3	60,1	28,9	428,2	4,5	2.694	360
1921-30	97,5	21,2	67,1	28,4	444,7	4,7	2.834	364
1931-40	93,0	22,2	59,9	29,1	418,2	5,1	2.641	376
1941-50	74,7	16,9	43,1	21,6	359,1	4,8	2.171	285
1951-55	91,7	24,0	60,0	28,1	431,4	6,7	2.691	381

**Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati (pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904)**

**art. 1.** Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere. Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento. Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

**art. 2.** L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese. Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria. L'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del re, trasmettendogli il cennato documento. Tanto il pretore quanto l'autorità locale di pubblica sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato. Con la stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del codice civile, sino a che l'autorità giudiziaria abbia pronunciato sull'interdizione. E' loro applicabile l'art. 2120 del codice civile. Il procuratore del re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che

convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.

**art. 3.** Il licenziamento dal manicomio degli alienati guariti è autorizzato con decreto del Presidente del Tribunale sulla richiesta o del direttore o del manicomio o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della deputazione provinciale. Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il direttore. Su reclamo degli interessati il presidente potrà ordinare una perizia. In ogni caso contro il decreto del Presidente è ammesso il reclamo al Tribunale. Il direttore del Manicomio, può ordinare il licenziamento in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento e ne darà immediatamente comunicazione al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

**art. 4.** Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo. Alle sedute della Deputazione provinciale o delle commissioni e consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il direttore del manicomio interverrà con voto consultivo.

**art. 5.** I regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi, alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata. Detti regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il direttore del manicomio, dell'Amministrazione provinciale dalla commissione amministrativa, se trattasi di opera pia, e saranno approvati dal consiglio superiore di sanità con le forme e modi stabiliti dall'art. 198 della legge comunale e provinciale.

**art. 6.** Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri. La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro a carico della provincia

che l'ha ordinato. Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali. Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomi giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato pei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a carico di essi. Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

**art. 8.** La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al ministro dell'interno ed ai prefetti. Essa è esercitata in ogni provincia da una commissione composta dal prefetto, che la presiede, del medico provinciale e di un medico alienista nominato dal ministro dell'interno. Il ministro deve disporre ispezioni periodiche. E' applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'art. 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica. Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell'interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni. Le controversie relative alla competenza di tali spese, sono decise, anche nel merito, dalla IV sezione del Consiglio di Stato, in camera di consiglio.

**art. 9.** Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può sentito il consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all'articolo precedente, sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura e di esercizio pei manicomi privati. Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al ministro dell'Interno, il quale provvede, sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio superiore di sanità, a seconda dell'indole della controversia. Pei manicomi pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale appartengono.

**art. 10.** Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomi pubblici e privati

### III.

#### **Le pericolose, detenute e internate. Ree, degenerate, pazze**

##### *3.1 La follia al femminile*

La follia, le sue innumerevoli espressioni e le sue rappresentazioni sono un argomento complesso da trattare, che riflette il mondo della sofferenza psichica e il mondo sociale dove si sviluppano imperativi morali e leggi, dottrine scientifiche e diritto, malattia e dolore.

Recuperare la visione della psichiatria tra fine '800 e inizio '900, che cercava di dare un volto nuovo al manicomio presentandolo come un luogo in cui il disagio psichico trovava cura e protezione dal mondo<sup>505</sup>, aiuta a comprendere come sia stato possibile spesso tacere o ignorare storie di vita percepite come al limite della normalità, legate all'esperienza della follia, intesa come malattia organica, e alle sue manifestazioni. Le storie che si sviluppano dentro il manicomio romano affondano le proprie radici nel complesso rapporto con il contesto culturale in cui sono state prodotte e riguardano personalità forgiate dai modelli e dai valori locali, così potenti da intervenire sui corpi stessi degli internati fino a catalogarli come "tipi" determinati e distinti tra loro da specifici tratti estetici e psichici. L'intenso rapporto tra psichiatria e

---

<sup>505</sup> R. Canosa, *op. cit.*, p.94.

società<sup>506</sup>, come molta letteratura sul tema testimonia<sup>507</sup>, si è spesso tradotto in un interesse scientifico sul processo di medicalizzazione della follia, che superando il ricorso alle categorie interpretative classiche<sup>508</sup>, mostra il forte legame esistente tra le esigenze pubbliche e quelle mediche. La sicurezza pubblica e il contenimento della devianza erano il terreno comune per giuristi e scienziati, che nel tentativo di proteggere la società degli uomini normali<sup>509</sup> da quella dei malati costruivano leggi e nosografie in grado di circoscrivere il pericolo. All'interesse per l'istituzione in sé lentamente si aggiunge quello per l'internamento<sup>510</sup>, si supera la "*lettura del manicomio come semplice strumento di potere tout court*"<sup>511</sup> e si propone una lettura incentrata sui protagonisti della follia: i matti e le matte, i degenerati e le degenerate, i delinquenti e le delinquenti, le prostitute. Si tratta di tutte quelle persone che andranno a riempire la schiera degli "anormali"<sup>512</sup> e che non possono essere identificate facendo esclusivamente ricorso alle analisi fornite dagli organismi competenti in materia di controllo sociale e dalla categoria degli psichiatri, che nella sicurezza sociale vedevano l'obiettivo centrale di ogni intervento. Il folle delinquente era percepito come un fattore di disturbo costante e continuativo, portatore di instabilità e disordine. La follia rappresentava un male ereditario, che si riproponeva di

---

<sup>506</sup> Sul rapporto tra psichiatria e società, analizzato non solo in prospettiva storica, per un arco temporale che va dalla fine dell'ottocento ai primi anni del ventunesimo secolo, sono utili da spogliare le bibliografie realizzate da P. Guarnieri, M. Fiorani: P. Guarnieri, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Leo S. Olschki, Firenze 1991 e M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana, 1991-2010*, University Press, Firenze 2010.

<sup>507</sup> *Ibidem.*

<sup>508</sup> Gli studi sulla follia e sul manicomio sono numerosi sia sotto il profilo storico-giuridico, che sociale e antropologico. Per una visione generale del problema si faccia riferimento a M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit.; R. Canosa, *op. cit.*; A. De Bernardi, *op. cit.*; F. De Peri, *op. cit.*; Fantini B., *op. cit.*; M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1998; S. Lepre, *op. cit.*; J. Postel, C. Quérel, *op. cit.*; L. Roscioni, *Follia e istituzioni in età moderna. Gli Ospedali dei pazzi in Italia*, in B. Salvemini (a cura di), *Gruppi ed identità sociali nell'Italia di età moderna. Percorsi di ricerca*, Edipuglia, Bari 1998; A. Scartabellati, *op. cit.*; F. Stock, *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico editore, Roma 1981.

<sup>509</sup> C. Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*, cit. Per Lombroso il "vero uomo normale non è colto e neppure erudito, esso non fa che lavorare grazie alla sua sanità biologica, al suo buon senso, al suo buon cuore e buon umore. Predilige sé o la famiglia alla patria, la patria all'umanità, ma senza oltrepassare le linee fissate dallo spirito pubblico dell'epoca, della casta, della razza".

<sup>510</sup> G. Fiume, *Introduzione*, in «Genesis», II, 1, 2003, pp.5-16.

<sup>511</sup> S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel Manicomio di Colorno (1880-1915)*, FrancoAngeli, Milano 2014, p.14.

<sup>512</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit.

generazione in generazione<sup>513</sup>, assumendo forme e aspetti molteplici e rappresentazioni differenti. Dal vagabondo e povero si passa al fatuo e all'idiota del paese, dal folle senza ragione, che si perdeva nella ricerca del nulla o del tutto, si arriva al folle malato nel cervello e nel corpo<sup>514</sup>, dal pazzo morale si arriva a un nuovo nemico, insospettabile e apparentemente inoffensivo: la donna.

La donna nella cultura del tempo “è una malata [...] L'uomo è un cervello, la donna una matrice. La donna dipende economicamente dall'uomo, le occorre un guardiano che la protegga da se stessa e dagli altri. La donna è la domenica dell'uomo. Esiste soltanto in funzione dell'uomo. Il matrimonio resta la realizzazione della donna”<sup>515</sup>. La donna era quindi percepita come un soggetto incapace di provvedere a se stesso, perennemente malata, irresponsabile e funzionale socialmente solo se legata ad un uomo, attraverso l'istituzione del matrimonio. Era limitata, in virtù dell'incapacità a gestire se stessa e gli altri e inferiore perché le mancava “il fatto di produrre germi, ossia idee!”<sup>516</sup> L'inferiorità femminile era postulata dalla scienza senza la necessità di essere indagata, in piena aderenza allo spirito organicista, all'interno di una nozione quasi universale di continuità tra materia cerebrale e seminale<sup>517</sup>. La donna era priva di seme, di linfa e di idee<sup>518</sup>. E se malata era doppiamente inferiore, prima come donna rispetto all'uomo, e poi come donna malata rispetto alla donna sana. L'ineguaglianza era un fatto naturale<sup>519</sup> che nella scala delle deviazioni rendeva le donne simili alle razze ritenute inferiori e primitive<sup>520</sup>.

Le dinamiche di internamento e reclusione manicomiale declinate al femminile offrono un'ulteriore prospettiva di analisi sui processi culturali che a fine '800 hanno contribuito a escludere dalla vita sociale molte donne. Tali dinamiche oltre a doversi confrontare con lo studio delle dottrine scientifiche e con i processi che portavano all'attribuzione dell'etichetta di

---

<sup>513</sup> U. Fornari, S. Coda, *op. cit.*, p.183.

<sup>514</sup> Per le molteplici rappresentazioni della follia nel corso dei secoli si legga M. Foucault, *Storia della follia in età classica*, *cit.*, e A. De Bernardi, *op. cit.*

<sup>515</sup> J. Michelet, *La donna*, Liguori, Napoli 1977, pp. 105-117.

<sup>516</sup> F. Héritier, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari 2010, p. XII.

<sup>517</sup> *Ibidem.*

<sup>518</sup> *Ibidem.*

<sup>519</sup> *Ivi*, p. IX.

<sup>520</sup> C. Lombroso, *L'uomo Bianco e l'uomo di colore*, *cit.*, pp. 220-225.

anormale o abnorme<sup>521</sup> delle ricoverate, devono confrontarsi con le relazioni individuabili tra l'immagine del femminile (quella prodotta dagli stereotipi nei settori della cultura, della scienza, della politica e della società) e la costruzione della figura della donna. La donna era percepita come un'inferma<sup>522</sup>, quasi un bambino<sup>523</sup>, incapace di raggiungere l'equilibrio morale necessario per vivere adeguatamente la sfera pubblica<sup>524</sup>, destinata in virtù delle sue capacità riproduttive ad avere delle funzioni intellettive ridotte, perché inversamente proporzionali alle prime<sup>525</sup>. Era quindi destinata alla vita domestica dove avrebbe potuto realizzarsi compiutamente<sup>526</sup>. Qualora, tuttavia, non riusciva ad assolvere alle funzioni di moglie e madre, automaticamente veniva catalogata come degenerata<sup>527</sup>. La donna che degenerava era una donna che non rispondeva alle sue funzioni naturali e che lasciava emergere quei tratti maschili che la trasformavano in una delinquente nata<sup>528</sup>, che si discostava dalle leggi della società e della natura<sup>529</sup>. Gli ardori maschili in essa venivano sostituiti da una forma di degenerazione, spesso di carattere sessuale, che poteva manifestarsi con molteplici comportamenti, tra cui la prostituzione. L'equazione tra degenerazione femminile e sessualità era un tema classico per gli studiosi del tempo, che lavorarono anche per darne una conferma scientifica<sup>530</sup>. Questa impostazione influenzò notevolmente la giustizia penale e la dottrina giuridica, fino al punto da arrivare a sostenere che il genere femminile era da considerare tra le cause di esclusione o diminuzione dell'imputabilità<sup>531</sup>, attraverso l'istituto giuridico dell'*infirmitas sexus*<sup>532</sup>.

---

<sup>521</sup> S. Re, *op. cit.*, p. 15.

<sup>522</sup> J. Michelet, *op. cit.*, p. 272.

<sup>523</sup> M. Gibson, *op. cit.*, p.83.

<sup>524</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, p.157.

<sup>525</sup> *Ivi*, pp.178-179.

<sup>526</sup> G. Ferrero, *Le donne dei Cesari*, Edizioni Athena, Milano 1925, p.161 e J. Michelet, *op. cit.*, pp. 105-117.

<sup>527</sup> M. Gadebush Bondio, *La tipologizzazione della donna deviante nella seconda metà dell'ottocento. La prostituta, la criminale e la pazza*, in M. Beretta, F. Mondella, M. T. Monti (a cura di), *Per una storia della critica della scienza*, Cisalpino, Bologna 1996, pp. 283-314.

<sup>528</sup> Lombroso C., Ferrero G., *op. cit.*, pp.580-608.

<sup>529</sup> *Ivi*, pp. 33-35.

<sup>530</sup> V. P. Babini, F. Minuz, A. Tavaglioni, *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, FrancoAngeli, Milano 1986, pp. 25-77.

<sup>531</sup> M. Graziosi, *Infirmitas sexus. La donna nell'immaginario penalistico*, in «Democrazia e diritto», n.2, 1993, pp.99-143.

<sup>532</sup> R. Quadrato, *Infirmitas sexus e levitas animi. Il sesso "debole" nel linguaggio dei giuristi romani*, in F. Sini, R. Ortu (a cura di), *Scientia iuris e linguaggio nel sistema giuridico romano*, Giuffrè, Milano 2001, pp. 154-194.

Le storie delle detenute del Santa Maria della Pietà si sviluppano dentro questo quadro culturale che sancisce di fatto un'incapacità di genere che ha condotto molte donne al comune destino dell'internamento. Questa incapacità teorizzata, ha permesso l'affermarsi di una visione medica della follia fondata sul silenzio e sulla non-necessità di svolgere delle riflessioni che andassero oltre l'approccio determinista. Il determinismo legato alla matrice organica del disagio mentale non riusciva a dare spazio alla complessità delle storie di vita coinvolte riducendo la donna folle a una donna che andava oltre il solco "*attraverso il delirio che la porta lontano dal tracciato della normalità*"<sup>533</sup>. La donna folle era percepita come una diversa, dove la diversità era un attributo "*che interessa le condizioni oggettive di un individuo, e che riguarda soprattutto la considerazione che una determinata società ha dell'individuo in questione*"<sup>534</sup>.

Raccontare le storie di vita delle detenute internate equivale quindi a entrare nel loro mondo, attraverso le loro parole e quelle dei medici, spesso discordanti. Equivale a raccontare una frattura con una vita "altra", quella dei sani, dei normali, distante dal proprio sentire e dal proprio volere. Allucinazioni, deliri, fantasie sono il tentativo delle detenute di rendere pubblica la sofferenza provata nel non sentirsi accettate nelle proprie singolarità all'interno dei nuclei di provenienza e del proprio contesto culturale<sup>535</sup>. Sono uno strumento che permette al disagio di emergere e di evidenziare il complesso mondo che rappresenta. La dimensione di studio si presenta articolata, su più livelli, e implica la necessità di inserire il rapporto donna-manicomio aldilà dell'istituto di ricovero, delle forme morbose e del rapporto con il medico, e la necessità di dare maggior spazio alla vita delle detenute, descritte e valutate come matte, ancor prima di finire in manicomio. Dall'analisi dei fascicoli personali emerge infatti una situazione di sofferenza e di mancata integrazione delle detenute ricoverate, antecedente l'internamento, nell'ambito familiare, lavorativo, sociale. Emerge la solitudine, il senso di inadeguatezza rispetto ai doveri sociali imposti (maternità, matrimonio, crescita dei figli), il senso di sconforto di fronte ad una morale percepita come limitativa. Emerge una zona di conflitto tra l'essere e il dover essere che interrompe l'equilibrio sociale e che vede nei comportamenti anormali l'espressione di una insofferenza definita "malattia". Una zona di conflitto che trova le sue

---

<sup>533</sup> A. Signorelli, *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma 2015, p.75.

<sup>534</sup> F. Stock, *La lunga storia del manicomio*, in L. Attenasio (a cura di), *Fuori norma, la diversità come valore e sapere*, Armando, Roma 2000, pp. 164-175.

<sup>535</sup> Sulla storicità dei sintomi psichiatrici si legga E. Shorter, *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'800 a oggi*, Feltrinelli, Milano 1993.

radici nei contesti più intimi delle relazioni interpersonali e che si crea su stereotipi ufficialmente accettati e condivisi. Le detenute internate al Santa Maria della Pietà sono quindi donne ai margini della società, ritenute colpevoli di pazzia morale, degenerazione, scandalo. Giudicate da parenti, dottori e funzionari pubblici subiscono delle condanne basate sugli attributi del proprio carattere e del proprio corpo più che sui reati commessi, subiscono delle sentenze fondate sulla conformità alle regole più che sugli effetti delle loro azioni sugli altri. Nel corpo della folle si apre così una battaglia tra comportamenti e regole imposte, a volte interiorizzate, e la propria soggettività, il desiderio di sentirsi sé stessa.

L'analisi proposta si concentrerà su 18 detenute condannate all'internamento tramite la legge Giolitti, per pericolosità sociale e scandalo, e ricoverate presso il Santa Maria della Pietà tra il 1900 e il 1915. L'obiettivo della ricerca è quello di provare a tracciare un percorso in grado di mostrare le tappe del processo di costruzione sociale della malattia mentale e le dinamiche di esclusione che lo sostengono. Nella documentazione sulle detenute infatti oltre alle informazioni sulla malattia e sul suo decorso, emerge anche un'ineliminabile relazione tra fattori scientifici e socio-relazionali. Emerge il contrasto con una dimensione culturale percepita come soffocante, violenta, inadeguata. Come inadeguato appariva il sapere scientifico nel cogliere *“il senso nascosto della sofferenza psichica, e il non-senso di una vita quotidiana banalizzata dall'indifferenza”*<sup>536</sup>. Il fatto stesso, come vedremo più avanti, che le malattie riscontrate nelle ricoverate andassero oltre le classiche e accettate patologie femminili, quali l'isteria<sup>537</sup> e la melanconia, conduce ad indagare meglio i sintomi necessari per l'attribuzione dell'etichetta di pericolosa, i comportamenti in grado di dare prova dell'insorgere dell'alienazione e le logiche sottese alle relazioni delle folli con i familiari, i medici e gli agenti che le inviavano al manicomio. Le donne internate venivano inviate e dimesse dal manicomio più volte nel corso degli anni e subivano continui cambi di collocazione tra le sedi e i reparti delle istituzioni preposte alla loro cura e alla custodia, quasi come se la priorità fosse unicamente quella della reclusione. Le motivazioni degli internamenti apparivano spesso

---

<sup>536</sup> E. Borgna, *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano 2007, p.34.

<sup>537</sup> E. Fanferà, *Biografie femminili e isteria nell'ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in AA.VV., *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, cit., pp.185-202.

contraddittorie e confuse<sup>538</sup> e non chiaramente riconducibili a categorie mediche o giuridiche capaci di motivare il ricovero a vita. Dai documenti analizzati si nota che le detenute ritenute folli spesso non erano volute nel carcere o negli ospedali civili e che finivano per esclusione nel Manicomio, che a volte era visto dalle donne condannate, come una via di fuga da esperienze di detenzione ritenute ancora più crudeli e aberranti<sup>539</sup>. E nel manicomio incontravano il medico, l'unico in grado di restituirgli la libertà tolta e l'unico competente a esprimersi sul loro stato di salute. Attraverso questa ambivalente figura e le sue parole è possibile tracciare e delineare i postulati teorici e le verità scientifiche che imprigionarono queste donne e ne esplicitarono l'immagine rigidamente codificata in società<sup>540</sup>.

### **3.2. La cartella clinica**

La storia delle detenute, internate presso il Santa Maria della Pietà, è una storia che emerge attraverso i documenti d'archivio. Documenti amministrativi, lettere, questionari, diari compilati e scritti da medici e infermieri durante il ricovero manicomiale e anche documenti non compilati, lasciati in bianco. Documenti che descrivono un percorso fatto di punizioni, prevaricazioni, terapie e silenzi. Queste storie di vita emergono anche attraverso le parole non scritte, attraverso le risposte non date, attraverso uno sguardo definito “*errabondo*”<sup>541</sup> “*diffidente e sospettoso*”<sup>542</sup>. Tutto è racchiuso in un fascicolo che riporta sulla facciata anteriore il nome e il cognome della malata e il numero identificativo del documento.

Il fascicolo è un contenitore cartaceo che raccoglie tutte le informazioni e i documenti relativi alle internate. Comprende il Registro Nosografico dove sono raccolte le informazioni

---

<sup>538</sup> Una lettura attenta delle cartelle cliniche del Santa Maria della Pietà, evidenzia come la sostituzione continua delle vecchie nosografie con le nuove, produce delle diagnosi contrastanti nelle varie fasi dell'internamento e comporta spostamenti continui dei malati da un padiglione all'altro, senza congruenza con le osservazioni mediche segnalate. A riguardo si legga G. Riefolo e T. Losavio, *op. cit.*, pp.163-165.

<sup>539</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, 29 aprile 1907. Venanzi Luigia afferma durante la detenzione in carcere “è meglio morire che stare dentro al carcere”.

<sup>540</sup> S. Re, *op. cit.*, p.25.

<sup>541</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3520, Cartella Clinica Teresa P., Registro Nosografico, 6 Febbraio.

<sup>542</sup> ASMP, *Ibidem*.

anagrafiche delle internate, le motivazioni della richiesta di internamento, gli organi che hanno deciso l'internamento, la diagnosi, la data di ammissione e la data di dimissione. Comprende anche il "Questionario/ Notizie richieste per l'ammissione degli alienati", che era un foglio compilato dai medici per proporre l'ammissione in manicomio di una persona. In esso si raccoglievano le notizie relative al passato delle internate, con riferimento alle storie familiari e alle pregresse esperienze di malattia. Anche la Relazione trascritta nel documento "Sala d'osservazione", dove medici e infermieri appuntavano le osservazioni svolte sulle ricoverate dopo il periodo di osservazione, faceva parte del fascicolo personale. La relazione in alcuni casi si presentava completa e ben strutturata, comprensiva di esame neurologico e psichico, in altri povera di indicazioni, se non vuota. Il fascicolo raccoglieva anche tutta la documentazione prodotta dall'amministrazione manicomiale (domanda di ammissione e dimissione, trasferimenti, indicazioni sulle rette da pagare e corrispondenza con gli organi di legge), dalla Questura, dai Tribunali circa i processi a carico delle presunte malate, i verbali di ammissione e del guardaroba, l'estratto matricolare, le lettere scritte dalle internate e dai familiari, la cartella clinica.

La cartella clinica è un documento di particolare importanza. Raccoglie non solo il maggior numero di osservazioni sulla salute delle malate, ma anche quei dogmi e quelle certezze scientifiche che tanto potere hanno dato al sapere psichiatrico nella gestione delle folli. Oltre a fornire un racconto (più o meno dettagliato) della vita delle internate nel manicomio, scandito per giorni, mostra una dimensione esistenziale delle detenute che spesso va in contrasto con i paradigmi della psichiatria. Gli stessi medici, infatti, nel tentativo di scorgere il legame ereditario con la malattia mentale, fornivano delle fotografie sui nuclei familiari di provenienza delle malate e davano delle informazioni su accadimenti forti, traumatici, importanti avvenuti nel loro passato. Facevano emergere il ruolo giocato nella manifestazione della follia dalla famiglia, gli abusi e le violenze subite, le aspettative deluse e le imposizioni morali, la sofferenza e la miseria, i desideri considerati pericolosi e poco virtuosi, il rapporto ambiguo tra fede religiosa e tradizione popolare, le paure e le ansie per la vita, il lavoro e la fatica, la solitudine. Questo documento fu introdotto nel Santa Maria della Pietà nel 1850, sotto la direzione Gualandi e segnò ufficialmente il passaggio verso una concezione della psichiatria intesa come scienza autonoma. Con esso si dava maggiore attenzione al decorso della malattia, alle esigenze diagnostiche, all'osservazione dei sintomi e all'evoluzione dei fattori patologici.

Era un foglio prestampato<sup>543</sup> sul quale erano riportate la diagnosi in ingresso delle malate, le note anamnestiche e il resoconto dell'osservazione durante il ricovero (trascritto nel diario)<sup>544</sup>. Si componeva di due grandi capitoli: uno denominato "Principio di cura" (composto dal frontespizio e da una seconda facciata intitolata "Storia di questa malattia avanti l'ingresso in ospedale") e l'altro denominato "Seguito di cura" (che si componeva di una parte in cui si registravano le note sulla degenza e di un'altra parte dal carattere eventuale che era la "sezione cadaverica"). In caso di decesso della ricoverata era necessario compilare la "conclusione storica": una deduzione sintetica di cosa potesse essere accaduto durante il decorso della malattia.

La cartella clinica fu introdotta nel manicomio romano, in un periodo in cui la psichiatria stava cercando di raggiungere lo status di scienza autonoma e per tale scopo aveva la necessità di basarsi su una serie di documenti e procedure che rispondessero ai requisiti della rigosità, dell'osservazione e dell'uniformità dei sistemi classificatori. Molti i direttori che si impegnarono in questa direzione. Primo fra tutti Giovanni Gualandi<sup>545</sup> promotore e artefice dell'introduzione della cartella nel Santa Maria della Pietà, di cui fu direttore fino al 1860. Venne allontanato dalla struttura al culmine di acuti conflitti con l'Amministrazione Vaticana per dissidi che sorsero sull'organizzazione interna del manicomio. Verrà anche accusato di aver "rubato" libri e preparati necroscopici che lui, invece reclamava di "sua proprietà". Fu sostituito nella direzione da Benedetto Viale Prelà<sup>546</sup>, medico personale del Papa, non esperto di "Alienazioni Mentali". Egli durante il suo mandato, nonostante fosse espressione di una volontà restauratrice, colse le necessità di miglioramento in termini di efficienza della struttura manicomiali e continuò il lavoro iniziato dal Gualandi verso la medicalizzazione della follia. A lui si deve particolarmente la pubblicazione nel 1864 del primo «*Rapporto statistico del manicomio di Santa Maria della Pietà per gli anni 1861 e 1862*». Inserì anche un nuovo modello diagnostico che doveva essere applicato a tutti i ricoveri, vecchi e nuovi e applicò il

---

<sup>543</sup> A. Jaria, C. Tulelli, *Ratio et observatio: strumenti della nosografia del manicomio*, in «Atti del II Congresso Nazionale di Storia della Psichiatria: Nosografia e trans nosografia», Siena, 21-23 marzo.

<sup>544</sup> *Ibidem*.

<sup>545</sup> A. Jaria, *I direttori*, in AA.VV., *L'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma. L'Ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio provinciale alla chiusura*, Vol. III, Dedalo, Bari 2004, p. 165.

<sup>546</sup> *Ivi*, pp. 165-166.

sistema nosografico di Hoffbauer<sup>547</sup> che partiva dal presupposto che la follia era un'alterazione delle facoltà, intese come il bagaglio intellettuale di ciascun individuo.<sup>548</sup> Dal primo rendiconto statistico nosografico (relativo agli anni 1861 -1862) risultava che le forme più frequenti di follia nel Santa Maria della Pietà rientravano nella categoria dell' *'imbecillità, della demenza e dell'idiozia'*<sup>549</sup>.

Nel 1870, anno in cui l'ospedale rientrò nella giurisdizione del Regno d'Italia e Giuseppe Girolami<sup>550</sup> fu nominato direttore, vennero introdotti ulteriori mutamenti organizzativi, in particolare per gli obblighi statistico-nosografici. Rispetto alla figura del Direttore si stabiliva che *"egli avrà esattamente un registro nosologico in cui sarà notato l'ingresso, l'uscita o la morte degli infermi, il nome, il cognome, l'età, la patria, il domicilio, la professione, le cause della pazzia e della morte, il genere di alienazione e le osservazioni a questa spettanti. Sarà di sua pertinenza il fornire le schede o tabelle nosografiche riguardanti ciascun individuo e farà delle annotazioni opportune per la statistica generale che dovrà pubblicarsi ogni due anni"*<sup>551</sup>. Il Girolami, durante il periodo di direzione, si avvale di una propria classificazione medica che, come per Hoffbauer, vedeva la pazzia originare dalla perdita delle facoltà supreme, che comportavano l'alienazione<sup>552</sup>. A differenza di Hoffbauer separava però le facoltà dell'intelletto dalle facoltà della volontà. In caso di perdita della prime si parlava di pazzia intellettuale, in caso di perdita delle seconde di pazzia morale. Ambedue le forme di pazzia riguardavano la fattispecie della pazzia parziale. Solo qualora ambedue le facoltà fossero state compromesse contemporaneamente si sarebbe verificata l'ipotesi della pazzia generale. Nel rendiconto statistico nosografico 1872-1873, risultava che la maggior parte delle pazienti era colpita da pazzia generale<sup>553</sup>, e in bassa quantità da pazzia parziale. Questa classificazione pur

---

<sup>547</sup> J.C. Hoffbauer, A.M. Chambeyron, *Médecine Légale relative aux aliénés et aux sourds-muets*, Baillière, Parigi 1827.

<sup>548</sup> Le categorie fondamentali del sistema di Hoffbauer sono l'imbecillità (difetto nello sviluppo delle facoltà) e la follia (lesione delle facoltà dopo il loro completo sviluppo). La follia a sua volta comprendeva la mania (esaltazione delle varie facoltà) e la demenza (affievolimento più o meno intenso delle varie facoltà).

<sup>549</sup> B. Viale Prelà, *Rapporto Statistico del Manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma per gli anni 1861-1862*, Roma, 1864.

<sup>550</sup> A. Jaria, *op. cit.*, p.166.

<sup>551</sup> ASMP, *Statuto e regolamento per il Santa Maria della Pietà di Roma, anno 1870*, Fasc. 50, Cap. I.

<sup>552</sup> G. Girolami, *Studi psicologici e patologici sulla pazzia*, Wagner Editore, Livorno 1856.

<sup>553</sup> P. Fiordispini, *Rendiconto Statistico-clinico del Manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma per gli anni 1872-1873*, Mugnoz, Roma 1874.

se diretta verso le nuove concezioni positiviste risentiva ancora dell'influenza francese delle teorie della pazzia morale e della degenerazione.

Sotto la direzione di Girolami (che peraltro fu il primo alienista ad aver ottenuto una cattedra specifica alla Sapienza) comparvero voluminosi “registri” su cui venivano riportate in due larghe facciate le caratteristiche, prima anagrafiche poi cliniche, di ciascun ricoverato. Si trattava di registri che preparavano la raccolta dei dati essenziali per l'analisi statistica di cui proprio Girolami fu un attivo teorico all'interno della Società di Freniatria. Sotto la sua supervisione gli stampati delle cartelle cliniche rimasero invariati (quelli del Gualandani furono in uso al Santa Maria della Pietà fino al 1889), ma venne introdotta la “Modula informativa”, sostitutiva del certificato medico. Era uno stampato di 4 facciate di cui ogni Comune, afferente al manicomio, possedeva una propria versione sostanzialmente sovrapponibile a quella di Roma. Nel 1889 si registrarono ulteriori modifiche, soprattutto nella “Modula” che recava in modo esplicito l'intestazione “Questura di Roma”.

Questi anni furono certamente per il Santa Maria della Pietà anni di transizione. Le “module” prestampate spesso mancavano e non erano disponibili, coesistevano in differenti versioni ed erano scritte a mano. Le cartelle cliniche invece apparivano piuttosto come fascicoli che raccoglievano documenti e ricevute. Infatti poche erano le indicazioni di ordine clinico riportate al suo interno.

Un ulteriore passo in avanti, nel tentativo di individuare degli strumenti di catalogazione più adeguati alla gestione della follia, fu realizzato da Paolo Fiordispini<sup>554</sup>, che abbandonò il modello del predecessore nelle classificazioni nosografiche e seguì la logica classificatoria germanica<sup>555</sup>. Adottò il sistema di Andrea Verga<sup>556</sup>, già approvato dalla Società Freniatica nel 1874, ritenuto in grado di fornire agli psichiatri italiani, unità di concetto nella compilazione

---

<sup>554</sup> A. Jaria, *I direttori*, AA.VV., *op.cit.*, Roma, Dedalo, 2004, p.166

<sup>555</sup> P. Fiordispini, *Rendiconto statistico-clinico del manicomio di Roma pel settennio dal 1874 al 1880*, Mario Armani, Roma 1884.

<sup>556</sup> La classificazione dello psichiatra Andrea Verga racchiudeva le manifestazioni della follia in dieci categorie, alcune delle quali composte da sottocategorie. Le categorie sono: imbecillità, idiozia, cretinismo, mania (con furore e senza furore), monomania (intellettuale e impulsiva), melanconia o lipemania (semplice o con stupore), demenza (primitiva e consecutiva), pazzia (morale o ragionante e a doppia forma circolare), frenosi (sensoria, ipocondriaca, isterica, puerperale, epilettica, alcolica, pellagrosa, paralitica, senile), non pazzi.

delle statistiche. Il direttore Fiordispini introdusse delle innovazioni anche nella cartella clinica, individuando due sezioni separate, una per la diagnosi in ingresso e una per la diagnosi finale, relativa al decorso e all'evoluzione della malattia. A sostegno della necessità di valutare il decorso della malattia egli affermava che *“l’osservazione del malato si rende indispensabile per almeno 20 giorni onde decidere in quale attività destinarlo. Trascorso un anno se non si osserva alcun miglioramento, la prognosi diviene infausta”*<sup>557</sup>. Sotto la sua direzione risultavano dai registri nosografici più frequenti gli internamenti per casi di mania, melanconia e demenza (frenosi semplici) e frenosi alcolica e paralitica (frenosi complicate).

La psichiatria italiana si muoveva seguendo il percorso di quella tedesca e continuava nelle proprie elaborazioni scientifiche dando sempre maggior peso alle teorie basate sul *“modello misto”*, tratto dall’analisi contemporanea dei sintomi, della patogenesi e dell’etiologia<sup>558</sup> della malattia. Lo psichiatra Clodomiro Bonfigli<sup>559</sup> se ne fece interprete durante la sua direzione del Santa Maria della Pietà iniziata nel 1893. Erano state da poco aperte le sale d’osservazione, dove i ricoverati venivano osservati sotto il profilo psicologico, antropologico, neurologico, fisiologico ed erano state introdotte le nuove cartelle cliniche<sup>560</sup> che comprendevano in conclusione le note psichiche, intese come una relazione diagnostica ragionata. Il frontespizio recava la dizione *“Registro Nosografico”* e oltre i dati anagrafici (tra cui professione, religione, recidive, etc) richiamava sia una diagnosi di *“entrata”* che una di *“uscita”*. La malattia era indicata con il termine *“Alienazione”*. Le pagine della cartella sembravano muoversi sul percorso delle pazienti che entravano nel Manicomio. Si partiva dalle pagine dedicate al periodo trascorso in *“sala d’osservazione”* (con l’intestazione *“Sala d’Osservazione”*) a quelle relative al ricovero e al suo decorso (con l’intestazione *“Riparto”*). Si superava il principio per cui la ricostruzione della vita della paziente doveva essere di carattere storiografico e si cercavano nel percorso biologico i fattori scatenanti la malattia.

---

<sup>557</sup> A. Jaria, C.E. Simonetto, C.Tulelli, *op. cit.*

<sup>558</sup> P. Solfanelli, *Trattato elementare e pratico di psichiatria*, Torino, 1883-1888.

<sup>559</sup> A. Jaria, *op.cit.*, p. 166.

<sup>560</sup> G.Riefolo, L. Ippedico, M.C. Tonnini Falaschi, *Mingazzini e i neuropsichiatri della scuola romana tra 800 e inizio del '900*, in «Atti del Convegno:Lo sviluppo storico della neurologia italiana:lo studio delle fonti», Padova, 31 ottobre 1987.

Lentamente negli anni si abbandonò anche la classificazione realizzata dal Verga e si adottò quella realizzata dallo psichiatra Sante de Sanctis<sup>561</sup>, sulla base della quale il medico Augusto Giannelli<sup>562</sup> riformulò oltre 50 diagnosi utilizzate nel Santa Maria della Pietà per i ricoverati. Quasi tutte le diagnosi vennero ricondotte al gruppo delle psicosi, che inglobavano la follia, la pazzia, la frenosi e le demenze<sup>563</sup>. Le psicosi potevano manifestarsi in forma acuta, cronica e periodica, e congenita.

Il passaggio successivo fu quello che aprì la strada alla moderna psichiatria e alla prima rivoluzione psichiatrica. Il modello adottato ufficialmente fu quello Kraepeliniano<sup>564</sup> e fu portato avanti nel manicomio romano dal direttore Giovanni Mingazzini<sup>565</sup> (1905). La sua classificazione, che presupponeva un modello biologico della psichiatria in rapporto ad un approccio organicistico, anatomico-patologico e neuro-fisiologico, si basava su nuove vedute tassonomiche e sull'osservazione del quadro d'insieme della malattia<sup>566</sup>, seguita nella sua evoluzione dal principio alla fine. Da un punto di vista nosografico egli attuava una sintesi clinica che lo portò a dividere le psicosi, a seconda della causa determinante, in esogene ed endogene<sup>567</sup>. Era convinto che la predisposizione generale avesse un ruolo decisivo nella genesi delle malattie mentali. Nonostante le spinte innovatrici e i continui mutamenti nell'elaborazione dei sistemi classificatori e nosografici si notava di fatto che nel Santa Maria della Pietà i malati erano ancora nei primi anni del '900 divisi in base ai padiglioni di appartenenza. Tranquilli,

---

<sup>561</sup> Lo schema classificatorio realizzato da Sante de Sanctis e approvato dalla Società freniatica italiana nel 1901 propose di racchiudere le forme della follia nelle diagnosi di frenastenia (cerebropatie congenite e infantili), psicodegenerazione (pazzia morale, psiconevrosi isterica ecc), psicosi epilettica, psicosi affettive (stato depressivo, stato maniaco, psicosi circolare ecc), psicosi sensoria, psicosi tossica endogena (cretinismo, esaurimento, uremia ecc), Psicosi tossica esogena (alcol, cocaina, morfina).

<sup>562</sup> A. Jaria, *op.cit.*, p.167.

<sup>563</sup> A. Giannelli, *Studi sulla pazzia nella Provincia di Roma, cit.*

<sup>564</sup> G. Salomone, R. Arnone, *La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin*, in «Giornale italiano di psicopatologia»,15, 2009, pp. 75-88.

<sup>565</sup> A. Jaria, *op.cit.*, pp. 166-167

<sup>566</sup> G. Salomone, R. Arnone, *op.cit.*, pp. 75-88.

<sup>567</sup> Le psicosi endogene si suddividono per Kraepelin in psicosi maniaco-depressiva, che comprende forme monopolari, bipolari e stati misti; demenza precoce, che, per la prima volta, in base all'esito, riunisce entità tenute prima separate, quali ebefrenia, catatonìa, forme paranoide. Kraepelin individua la demenza precoce in base a quattro criteri: inizio della forma nell'adolescenza o nella giovinezza; presenza dell'indebolimento intellettuale fin dall'inizio, come fenomeno primitivo; decorso cronico con acutizzazioni e remissioni; inguaribilità. Alla base dei disturbi maniaco-depressivo per Kraepelin vi è un meccanismo biologico, iperemia nella fase di esaltazione ed anemia cerebrale in quella inibitoria, mentre il gruppo della demenza precoce è sostenuta da un sottostante lieve danno cerebrale strutturale.

semiagitati, agitati e sudici come avveniva nella direzione Gualandi e Girolami<sup>568</sup>. La scienza e le sue ambizioni non trovavano riscontro nella realtà.

### ***3.3 Le pericolose, degenerate e pazze***

Erano gli anni della legge Giolitti e gli anni in cui Lombroso, conduceva le proprie sperimentazioni per stabilire i parametri e le misure della normalità. L'organicismo e il determinismo conducevano a delle analisi mediche basate quasi totalmente sulla misurazione del corpo, del cranio, delle mani, della lingua, dei piedi<sup>569</sup>. Tutto nel tentativo di identificare e isolare quella delinquente nata che tanto poteva compromettere la sicurezza sociale. E se l'uomo delinquente era una degenerazione dell'uomo virtuoso, la donna delinquente era un'ulteriore degenerazione del delinquente nato. Le donne normali<sup>570</sup> non potevano competere secondo la dottrina del tempo con la superiorità biologica, psicologica e intellettuale maschile. Braccia, cervello, gambe, cuore, polmoni tutto era più piccolo nelle dimensioni. E così se un labbro leporino era il segnale di un'inclinazione delinquenziale nell'uomo, nella donna era solo un'ulteriore conferma di un'inferiorità biologica, stabilita dalle misure del corpo e del cervello<sup>571</sup>.

Per comprendere cosa si intendesse per pericolose e in che modo esse fossero in rapporto con la controparte maschile tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 è necessario identificare bene il contesto culturale in cui molte donne, arrestate per scandalo e gesti impropri e violenti, venivano definite delinquenti e criminali. Il contesto di riferimento, come abbiamo visto nel capitolo precedente, era un contesto di disagio che assimilava la povertà e le sue conseguenze

---

<sup>568</sup> A. Giannelli, *Il nuovo Ospedale Provinciale "Santa Maria della Pietà". Le malattie mentali dal 1901 al 1936 nella provincia di Roma*, Tip. Osp. S. Maria della Pietà, Roma 1937.

<sup>569</sup> R. Garofalo, *Criminologia*, cit., pp.70-75.

<sup>570</sup> Lombroso riuscì a costruire un campione di controllo di donne ritenute rispettabili, per verificare le differenze fisiche con quelle delinquenti. I dati raccolti furono utilizzati per la stesura di C. Lombroso, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, cit.

<sup>571</sup> *Ibidem*.

al delitto e alla follia<sup>572</sup>. Appare, quindi, necessario ragionare sugli aspetti deteriori e manifesti della povertà come elementi che determinavano la degenerazione morale. Non era la povertà in sé a essere valutata come una minaccia per l'ordine sociale, ma le sue particolari “*abitudini fisiche e morali*”<sup>573</sup>: il vagabondare, l'essere senza fissa dimora, la promiscuità, l'indipendenza intesa come libertinaggio e disordine morale (in quanto opposta alle regole di una vita onesta), l'ignoranza e l'insubordinazione, percepite come emblema della brutalità allo stato puro e dell'incapacità di apprendere i propri doveri. Da qui l'insofferenza alle regole<sup>574</sup>.

La Pubblica Sicurezza, forte dei propri parametri e strumenti di identificazione del pericoloso, si lanciava alla caccia di queste donne, nel tentativo non solo di catturare le colpevoli di reato, ma anche di salvaguardare l'ordine sociale e l'equilibrio necessario per mantenerlo. “*Mirava alla tutela dell'ordine pubblico, provvedendo a garantire i diritti dei privati, della gente perbene, a rimuovere gli ostacoli che ne possono impedire il libero esercizio, a preservare lo Stato da qualunque sorta di attentati*”<sup>575</sup>. L'intervento spesso aveva carattere preventivo, antecedente cioè la commissione del vero e proprio gesto criminale, e si basava sulla segnalazione di modi di camminare, di lavorare, di parlare, percepiti come strani. Si cercava di cogliere quei tratti e quegli atteggiamenti, le stigmate delle degenerescenza<sup>576</sup> che in qualche modo facevano presagire l'avvento di situazioni di disturbo. Molteplici gli attori coinvolti in questa “caccia alle folli”. Si partiva dai vicini di casa, dai compaesani, dai membri della famiglia per arrivare ai medici condotti, ai parroci<sup>577</sup> e ai poliziotti. In particolare queste ultime due figure ebbero un ruolo fondamentale<sup>578</sup> nelle pratiche di internamento, in virtù del proprio mandato ufficiale e del forte consenso sociale accordatogli nell'espletamento delle funzioni pubbliche. La logica che motivava l'intervento era quella del sospetto e ricadeva su tutte coloro che non sembravano “normali”. Per tutto il XIX secolo la popolazione in fuga dalla campagna si presentava agli occhi dei cittadini affamata dalla miseria, indebolita dalle malattie,

---

<sup>572</sup>B. Geremek, *La pietà e la forca*, op. cit., p. 64.

<sup>573</sup>G. Procacci, *L'economia sociale ed il governo della miseria*, in «Aut aut», 167-168, 1978, p. 73.

<sup>574</sup>*Ibidem*.

<sup>575</sup>G. De Rosa, *Sicurezza pubblica*, in “Digesto italiano”, XXI/3, 1895, pp. 360-363.

<sup>576</sup>M. Nordau, *Degenerazione*, Dumolard, Milano 1893.

<sup>577</sup>V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabonde*, cit., pp. 49-55.

<sup>578</sup>*Ivi*, pp. 27-75.

pericolosamente incline alla perversione, condotta dai bisogni elementari e dalle esigenze primarie allo stato selvaggio ed alla depravazione morale. “*Selvaggi*” infatti “*lo sono i lavoratori per la precarietà della loro esistenza, principale caratteristica che rende il povero simile al selvaggio. La vita del proletariato dell’industria, come quella del selvaggio, è alla mercé del caso e dei capricci della sorte: oggi buona caccia e salario, domani niente preda e disoccupazione, oggi abbondanza, domani carestia*”<sup>579</sup>. Uomini e donne diversi, fisicamente e moralmente. Poveri senza strumenti in grado di elevarli, condotti dalla miseria verso il vizio ed il degrado. “*Per il selvaggio, una sbornia è la suprema felicità; per il miserabile delle grandi città è una passione invincibile, un piacere cui è incapace di rinunciare e a cui è pronto a sacrificare tutto, anche la salute e la vita*”<sup>580</sup>. E così vizio, libertinaggio, sessualità spinta erano le abitudini che preoccupavano gli uomini e le donne virtuose e che diventavano sintomi di una profonda degenerazione morale del popolo.

Le élites dirigenti spaventate da questi nuovi e numerosi “tipi pericolosi”, cercarono degli strumenti di contrasto potenti e efficaci, sotto la forma di provvedimenti di polizia e di misure sanitarie che nel bene pubblico celavano una profonda volontà di emarginazione. La minaccia rappresentata da tali soggetti risiedeva nella loro intrinseca immoralità. Essi apparivano come soggetti “*induriti nel vizio*”<sup>581</sup>, incapaci di condurre un’esistenza stabile, regolare e onesta. Furono pertanto immediatamente sottoposti ad uno stretto controllo, in grado di assicurarne il governo e la gestione attraverso la cattura e la reclusione in manicomio o carcere. Occorreva compiere un’opera di moralizzazione che avrebbe dovuto investire tutti i diversi e le diverse, e salvare la società. A tal fine, un ruolo fondamentale assunsero i funzionari di Pubblica Sicurezza

---

<sup>579</sup> L. Chevalier, *Classi lavoratrici e classi pericolose. Parigi nella rivoluzione industriale*, Laterza, Roma-Bari 1976, p. 463; l’autore cita un pubblicista del tempo, Eugène Buret, che scrisse un’opera dal titolo “*De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France*”, ritenendolo fautore della “miglior valutazione delle dimensioni di questa popolazione sventurata e pericolosa a un tempo”.

<sup>580</sup> Il brano citato è tratto dall’opera di E. Buret, *De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France*, in L. Chevalier, *op.cit.*, pp. 463-464.

<sup>581</sup> La definizione è del Ministro dell’Interno Galgagno che nel tentativo di conformare le leggi di Pubblica Sicurezza ai nuovi principi stabiliti dallo Statuto Albertino, voleva far approvare un provvedimento complessivo di P.S. I vivaci dibattiti ed i contrasti in parlamento, portarono all’approvazione di un testo provvisorio che valse, fino al 1854 e disciplinò, in una trentina di articoli, la materia degli oziosi e vagabondi, del commercio ambulante, della consegna di inquilini e dei sospetti ladri di campagna (cfr.: G. S. Pene Vidari, *Il Regno di Sardegna*, in «Amministrazione della giustizia e poteri di polizia dagli stati preunitari alla caduta della destra», Istituto di storia del Risorgimento italiano, Roma 1986, p. 43, 48.; G. De Rosa, *Sicurezza pubblica, op. cit.*, p. 363).

e i medici a cui fu, affidato il compito di controllare strettamente e sotto ogni profilo la vita della gente, nel proprio intimo. L'operazione di moralizzazione, basata su modelli e stereotipi condivisi e descritti anche nei trattati di medicina, riuscì a costruire un consenso generale su quelle che erano considerate le cause reali della delinquenza. Come scrivevano nel 1879 i redattori della Rivista Penale<sup>582</sup> quando si parlava di delinquenza “*generalmente si lamenta*” anche “*il difetto di coltura, di moralità, di prosperità, di operosità, di disciplina; e si suggerisce quindi che sia maggiormente diffusa la istruzione non iscompagnata da morale religiosa educazione, che sia sollevata la miseria, favorito lo sviluppo economico[...]*”<sup>583</sup>.

Allo stesso modo si faceva riferimento ora all'alcolismo (soprattutto per i delitti di sangue, per i quali non mancava spesso anche il riferimento a una maggiore predisposizione delle popolazioni di alcune province) ora alla miseria ed alla mancanza di lavoro (per quel che riguarda i reati contro il patrimonio<sup>584</sup>), anche se progressivamente venne segnalato quale fattore criminogeno, più che la miseria in sé e per sé, il tentativo di elevare il proprio status sociale. Il Procuratore Generale di Ancona affermava “*oh quanti giovani, quanti belli ingegni ho visto sedere sulla scranna dei rei [...] eran giovani di modeste famiglie, i quali anziché seguire le orme dei propri genitori, avevano voluto elevarsi [...] meglio se si fossero accontentati del pane guadagnato col sudore della propria fronte nei luoghi nativi e sulle proprie terre*”<sup>585</sup>. Tra le motivazioni della delinquenza erano inserite anche la cattiva educazione, lo scarso rispetto nei confronti delle istituzioni e la troppa educazione. Accanto ai tentativi di spiegare l'oltraggio ai pubblici funzionari con l'assenza di un'adeguata istruzione si accompagnavano perplessità e paure sulla diffusione di un maggior livello di cultura. “*In numerosi casi infatti fra le cause della criminalità viene indicato il diffondersi dell'internazionalismo e delle dottrine che tendono a sovvertire l'ordine costituito e, con particolare successo fra le classi meno abbienti ed istruite, a propugnare l'abolizione della*

---

<sup>582</sup> La Rivista Penale pubblicava ampie sintesi dei discorsi tenuti in adempimento della previsione dell'art. 150 dell'ordinamento giudiziario del 1865. (Cfr.: M. Da Passano, *Linee di politica criminale nei discorsi inaugurali dei rappresentanti del pubblico ministero( 1879-1888)*, in «Materiali per una storia della cultura giuridica», XXI, 1, p. 116.)

<sup>583</sup> *Ivi*, p. 117.

<sup>584</sup> *Ivi*, p. 118.

<sup>585</sup> *Ivi*, p. 119.

*proprietà privata*<sup>586</sup>. Questa la delinquenza, manifesta nei comportamenti dei pericolosi, prevalentemente uomini.

Vicino a loro, un gradino più in basso le pericolose, donne. Entrambi puniti dalla stessa legge, anche se biologicamente e socialmente diversi. A gestire la vita della donna c'era il codice Pisanelli del 1865, con le proprie norme sulla famiglia<sup>587</sup>, le limitazioni nel campo dell'accesso all'istruzione (le donne ottennero accesso all'università solo nel 1874) e le concezioni biologiche e filosofiche legate al "*modello ovarico*"<sup>588</sup>. La donna era a prescindere diversa dall'uomo, come i folli erano diversi dai sani. La donna pericolosa era una diversa tra i diversi che vive fuori, "*fuori scena, fuori rappresentazione, fuori gioco, fuori io*"<sup>589</sup>. Il tutto in virtù di valori comuni e accettati che conducevano alla sentenza della pericolosità quelle donne che se ne discostavano. La psichiatria forniva delle risposte concrete per spiegare queste anomalie viventi, entrava nelle testa e nel corpo delle donne per scorgere i motivi e i luoghi

---

<sup>586</sup> *Ivi*, p. 122.

<sup>587</sup> Il Codice Pisanelli al Capo IX "Dei diritti e dei doveri che nascono dal matrimonio", alla sez. I "Dei diritti e dei doveri dei coniugi fra loro" recitava: art. 130, Il matrimonio impone ai coniugi la obbligazione reciproca della coabitazione, della fedeltà e dell'assistenza; art. 131. Il marito è capo della famiglia: la moglie segue la condizione civile di lui, ne assume il cognome ed è obbligata ad accompagnarlo dovunque egli creda opportuno di fissare la sua residenza; Art. 134. La moglie non può donare, alienare beni immobili, sottoporli a ipoteca, contrarre mutui, cedere o riscuotere capitali, costituirsi sicurtà, né transigere o stare in giudizio relativamente a tali atti, senza l'autorizzazione del marito.

Ugualmente nel codice l'adulterio della donna veniva giudicato e punito in modo diverso da quello del marito. In caso di adulterio della moglie, il marito poteva avanzare richiesta di separazione, mentre in caso di adulterio dell'uomo si arrivava allo scioglimento del vincolo matrimoniale solo nel caso in cui il marito avesse tenuto una concubina in casa o altrove. Molto forte era l'intervento del marito anche sulle questioni economiche che interessavano la moglie in virtù dell'autorizzazione maritale necessaria per svolgere atti giuridici. Di fatto al marito competeva l'intera gestione del patrimonio costituito non solo dalla dote, ma anche dai beni personali della moglie e da quelli derivati dalla comunione dei beni sottintendendo un'idea allargata di proprietà per sé e per gli altri, per la sicurezza propria e dell'intera famiglia.

Per quanto riguarda i figli la potestà spettava a entrambi i genitori, ma in caso di disaccordo tra i coniugi, la preminenza del volere del padre su quello della madre era indiscussa.

<sup>588</sup> Il modello ovarico partiva dalla considerazione che l'utero era l'organo fondamentale nella donna e che le ovaie dovevano essere studiate molto approfonditamente in quanto responsabili del temperamento femminile. La donna era funzione delle sue ovaie come scrisse nel 1848 il patologo cellulare Rudolf Virchow "La femmina è tale solo grazie alla sua ghiandola riproduttiva. Tutto ciò che è caratteristico del suo corpo e del suo spirito [...] in breve tutto ciò che ammiriamo e veneriamo come tipicamente femminile in una donna vera è solo una dipendenza ovarica". Togliendo le ovaie secondo il medico la donna risultava una brutta donna mascolina, con "baffi", "voce roca", "indole egoista e invidiosa" e "giudizio distorto". Solo le ovaie proteggevano la donna dal diventare un terribile uomo. Virchow descriveva questa donna mascolina come un mostro, sulla base delle caratteristiche maschili ritenute normali. Cfr. M. Dahlhe, R. Dahlke, V. Zahn, *Medicina e auto guarigione per la donna*, trad. it. di Brigitte Breuer, Mediterranee, Roma 2000, p. 29.

<sup>589</sup> L. Irigaray, *Speculum. L'altra donna*, Feltrinelli, Milano 1975.

della pericolosità (utero, ovaie) e per manipolarli. Cercava di capire come domare un corpo ritenuto incontrollabile e come ricondurlo alla normalità. La follia declinata al femminile appariva come una forma peggiore della follia maschile, come una ulteriore forma di degenerazione della mente, irrazionale e non guaribile. Era la rappresentazione del male, perché legata a donne che non aderivano alla morale, e della colpa perché le conduceva a delle scelte dissolute. La donna era interpretata attraverso il corpo, era natura contro cultura<sup>590</sup>. Era interpretata da quel sapere e da quella coscienza sociale che era “*quello strumento dell’intelletto maschile che aveva scartato dal tutto parte della sua stessa sostanza, chiamandola Eva, femmina e inferiore*”<sup>591</sup>. Lombroso, massimo esponente delle teorie psichiatriche del tempo, rivendicando le sue riflessioni come risultato di una rigorosa osservazione dei fatti, affermava, infatti, che “*la donna [...] nell’epoca delle mestruazioni è inadatta al lavoro fisico e psichico, è irascibile e mentitrice [...] la sua maggiore resistenza alla ferite e alle malattie si accorda con quella degli animali [...] ha minore sensibilità sessuale e minore erotismo, è naturalmente ed organicamente monogama e frigida [...] la sua ottusità fisica è darwiniana, per non dire teleologica (per ricadere in gravidanza nonostante i dolori del parto [...] i sentimenti che la legano all’uomo sono istinti di soggezione e devozione acquistati per adattamento [...] è più infantile dell’uomo [...] la vanità e il minor sviluppo intellettuale dimostrano che la donna percorre gli stessi stadi di sviluppo dell’uomo, ma a distanza [...] e del resto le occupazioni intellettuali troppo assidue ed astratte (come è stato osservato) producono amenorrea, isterismo, nervosismo[...]*”<sup>592</sup>. Ed è così che la donna, nella vita di tutti i giorni, poteva diventare folle, in virtù di un’inclinazione naturale alla perdizione, che la trasformava in una pericolosa.

---

<sup>590</sup> Per l’espressione natura contro cultura si fa riferimento ad un articolo dell’antropologa statunitense, Sherry Ortner, intitolato “Is Female to Male as Nature to Culture?”, uscito nel 1972 nella Rivista Feminist Studies. In questo scritto la Ortner si pone il problema di individuare le ragioni che hanno determinato, in tutte le forme di vita sociale conosciute, la stretta associazione tra la donna e la natura, associazione che ha al contempo provocato la sua subordinazione e la sua segregazione nel ristretto ambito domestico. A suo parere tali ragioni debbono esser ricercate nella stessa fisiologia femminile, come osservava Simone de Beauvoir, la quale scriveva nella sua opera “Il secondo sesso” (1949), che la donna per la sua funzione riproduttrice era più sottomessa alla specie di quanto lo fosse l’uomo. Per questa ragione, in essa, la dimensione naturale si sarebbe manifestata con maggior forza che nell’uomo. La studiosa affermava che se per questo aspetto la donna si trovava ad essere più sottomessa alla specie dell’uomo, per quanto riguardava, invece, l’inesorabile fine della vicenda umana, uomo e donna si sarebbero trovati entrambi nella stessa condizione; infatti essi erano entrambi costretti a lasciare la scena mondiale per far spazio alle generazioni future, cedendo così alle pretese della specie che sconfiggono inevitabilmente quelle dell’individuo.

<sup>591</sup> J. Hillman, *Il mito dell’analisi*, Adelphi, Milano 1979.

<sup>592</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op.cit.*

La pericolosa era un'altra rappresentazione della donna folle<sup>593</sup>, così forte nell'immaginario sociale da sovrapporsi e sostituirsi nel tempo a altri stereotipi femminili come quello della strega o della posseduta (ancora presenti nel XIX secolo ma in maniera ridotta). La follia, nella cultura medica, era sempre meno legata agli agenti esterni (diavoli, energie, spiriti) e sempre più legata al corpo della donna, nello specifico all'utero, emblema di fragilità costituzionale e debolezza. La pericolosa era quindi una donna folle e irrazionale, per costituzione fisica e per difetto di ragione, descritta nelle cartelle cliniche tramite attributi morali, usati quasi sempre nella variante negativa “*volgare, erotica, irascibile, simile alla bestia, stravagante, oziosa, calunniatrice, ingrata, senza sentimenti, senza pudore, volgare, primitiva, bugiarda, insolente, sconveniente, eccessiva, senza affetti, priva di pudore, violenta, irrequieta, insubordinata, eccentrica, instabile, minacciosa, con fantasia erotiche morbose*”<sup>594</sup>. Le pericolose erano in partenza donne normali, come tutte devianti in pectore, e che a differenza delle “donne normali” avevano dispiegato questa tendenza implicita nella femminilità e l'avevano resa dominante. La pericolosità prima ancora che nella follia era individuata nell'essere donna, soggetto sempre pronto a degenerare e pertanto da osservare con sospetto.

La donna, come la descriveva Lombroso, aveva avuto uno sviluppo limitato, trovava appagamento del proprio istinto sessuale solo attraverso l'istituzione del matrimonio e della maternità<sup>595</sup>. La sua inadeguatezza era giustificata principalmente dalle dimensioni ridotte del corpo, ma anche laddove possedeva misurazioni maggiori rispetto a quelle maschili queste erano viste come prova di sottosviluppo. Gli antropologi del tempo interpretavano, ad esempio, la presenza di un tronco più lungo di quello degli uomini come segno di infantilismo perché

---

<sup>593</sup> Tra le riviste dell'epoca più utilizzate «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale» con direttore C. Livi (1875-1890); «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente», con direttori C. Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo, E. Morsetti (1880-1890); «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», con direttore A. Verga (1864-1890) e «Giornale di neuropatologia», con direttore F. Vizioli (1883-1890).

<sup>594</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Cartelle Cliniche, Matilde G. (Fascicolo n.1259, prostituta), Luigia M. (Fascicolo n.1895, prostituta), Virginia S. (Fascicolo n.2228, Prostituta).

<sup>595</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op.cit.*. Le posizioni di Lombroso rispondevano al pensiero dell'epoca sulla donna. Si riteneva che nella donna normale l'amore materno superasse quello maritale, che sublimava il desiderio sessuale senza condurlo all'isteria. Questo pensiero aveva radici nell'antichità. Nel Timeo, 91 c. Platone scriveva “[...] la cosiddetta matrice e la vulva somigliano ad un animale desideroso di far figli, che quando non produce frutto per molto tempo dopo la stagione, si affligge e si duole, ed errando qua e là per tutto il corpo e chiudendo i passaggi dell'aria e non lasciando respirare getta il corpo nelle più grandi angosce e genera altre malattie di ogni specie [...]”.

tale caratteristica era tipica dei bambini. A tal proposito Lombroso stesso definì le donne come “*bambini grandi*”<sup>596</sup>. La donna era ritenuta immatura fisicamente e mentalmente, incapace di pensiero astratto e soprattutto selvaggia, vanitosa, capace di perfide strategie e trame, guidata nei sentimenti e nelle azioni dall’irritazione dei propri organi genitali. La donna pericolosa, folle e delinquente, non possedeva gli attributi della compassione e castità. Spesso assumeva comportamenti maschili unendoli alle peggiori qualità femminili. Anormale nella follia e nel crimine, crudele e depravata, brutta e dai tratti mascholini<sup>597</sup>. La pericolosa aveva dei tratti fisici, oltre che morali, ben definiti: viziosa, strabica, con ascelle ampie, più grassa del dovuto, con cervello piccolo, fronte sfuggente e capelli grigi. E poi era vendicativa, cattiva e avida. Da rinchiudere, oltre che nelle carceri o manicomi, nei conventi, dove la religione, in alcuni casi, poteva riconvertirla. Era pericolosa e delinquente nata, o pericolosa e delinquente d’occasione, ma sempre in preda alla povertà e alla debolezza, votata alla sudditanza verso gli uomini. Era anche vanitosa, da punire con il taglio dei capelli e con la confisca degli abiti<sup>598</sup>, rea per passione, così degenerata da essere capace di uccidere i propri figli<sup>599</sup>.

Un’ulteriore rappresentazione della follia e della donna pericolosa, per sé e per gli altri, era la prostituta. La prostituta era l’espressione più profonda della regressione del genere femminile e aveva fronte sfuggente, zigomi sporgenti, statura bassa, braccia corte e al pari delle altre delinquenti con capelli e occhi scuri<sup>600</sup>, solo più folti. Il tutto stabilito e provato scientificamente sulla base di test di sensibilità che dimostravano, per gli studiosi del tempo come Lombroso, che la sensibilità femminile era inferiore a quella degli uomini nel tatto, nel gusto e nell’olfatto<sup>601</sup>. Era una donna senza pudore, in preda a istinti sessuali selvaggi, che la

---

<sup>596</sup> M. Gibson, *op. cit.*, p. 83.

<sup>597</sup> Il modello a cui si riferiva Lombroso era quello di Belle Starr (1848-1889), definita per antonomasia la delinquente per eccellenza. Era una donna statunitense che aveva imparato ad usare le armi fin da bambina. Era ritenuta forte e decisa come un uomo, con una spiccata libido e molto veloce sui cavalli. Comandò un gruppo di briganti con i quali realizzava rapine e morì combattendo contro il governo. Lombroso la definì come “*un fiabesco androgino, terrore del Texas*”.

<sup>598</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*.

<sup>599</sup> *Ibidem*.

<sup>600</sup> *Ibidem*.

<sup>601</sup> I test sulla sensibilità, in particolare, erano stati condotti mediante elettrodi applicati a varie parti del corpo cui si inviavano scariche elettriche. Le parti solitamente esaminate erano mani, dita e lingua per la sensibilità tattile, mentre per quella elettrica si prendevano in considerazione anche fronte, nuca, naso, ventre, seno, cosce e persino clitoride. Data la particolarità degli esami e la eterogeneità dei gruppi di donne sottoposte ad analisi non era possibile estendere a tutte l’esame delle singole parti. Anche per questo motivo i risultati raccolti difettavano di

avvicinavano alla condizione primitiva, simile a quella degli animali. Condannata a vita perché non desiderosa di figli (unica cura alla prostituzione), senza affetti, in cerca di piacere e alcool, alla mercè di uomini dissoluti e libertini. La prostituzione era la massima espressione della criminalità e dell'atavismo lombrosiano, che nel caso della donna non si esprimevano nella violenza, ma nella depravazione sessuale. Le prostitute e anche le lesbiche, erano paragonate ad animali quali le galline e le mucche “*perché come loro sostituivano nell'accoppiamento il maschio in caso di assenza, per degenerazione, non per natura, per sbagliate abitudini, acquisite in galera o istituti. Praticavano le orge per imitazione, negli ospedali psichiatrici, corrompendo a volte anche le suore*”<sup>602</sup>. Potevano involvere sessualmente a causa della loro bruttezza, per l'insorgenza dei peli, per il rifiuto degli uomini a seguito di violenza, oppure come sosteneva il medico Pietro Ellero sotto le pulsioni dell'utero<sup>603</sup>. Non sposate e senza desiderio di maternità, erano da condannare per sempre.

Un altro elemento tipico della donna folle e pericolosa, per il secolo XIX, era il rapporto che la legava in modo ambiguo e incerto alla religione e alle pratiche popolari. Medicina e fede si incontravano spesso nella vita delle ricoverate nel tentativo di fornire delle giustificazioni e qualche spiegazione alla sofferenza mentale. Questo tema, molto caro al Santa Maria della Pietà, accompagna la storia dell'Istituto fin dalle sue origini. Follia e religione, infatti, coesistevano dalle origini nel manicomio romano e a volte si incrociavano nel tentativo di raccontare e descrivere la donna “pericolosa”, come una donna malata, vittima di umori, in qualche caso anche di spiriti e diavoli. I primi cenni di una concezione della follia demonologica nel Santa Maria della Pietà si trovano nel libro dei decreti<sup>604</sup> che recita “*Fu risoluto ancora nella casa delle donne et anche delli homini se facesse diligentia... qualche sacerdote che*

---

una certa attendibilità. Tuttavia gli studiosi ne dedussero una minore sensibilità femminile, contrariamente alla tendenza stereotipata che voleva le donne più emotive. A riguardo si legga R. Guerrieri, *Sensibilità e anomalie fisiche e psichiche nella donna normale e nella prostituta*, in G. Greco (a cura di), *Lo scienziato e la prostituta: due secoli di studi sulla prostituzione*, Edizioni Dedalo, Bari 1987, pp. 135-148; M. Gibson, *op. cit.*, p. 96).

<sup>602</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella clinica Luigia V.

<sup>603</sup> Peculiare fu il contributo di Pietro Ellero il quale concentrò l'attenzione sull'utero ritenuto il principale responsabile dell'agire femminile. Egli affermava esplicitamente che “il problema della donna risiedeva nell'utero che «domina l'intero organismo», rendendo le ossa e i tessuti deboli e la sensibilità «mobile, impetuosa»”. Queste connotazioni ribadivano l'inferiorità biologica delle donne e la conseguente incapacità a compiere scelte morali, in aggiunta sottolineavano il ruolo centrale ricoperto dalla sessualità nell'analisi positivista sulla donna delinquente. Ne conseguiva l'identificazione di una serie di reati a carattere “femminile” quali l'aborto, l'infanticidio e la prostituzione. Quest'ultima tipologia di reato venne anche definita come la manifestazione più completa della degenerazione femminile. A riguardo si legga P. Ellero in M. Gibson, *op. cit.*, p. 106.

<sup>604</sup> ASMP, Libro dei decreti, b.1, aa. 1569-1578.

*vedesse se alcune de loro fusse spiritato*". Il documento ricalcava bene lo spirito del '600 e l'interpretazione della follia che ne emergeva era quella di una dominazione dei corpi delle malate da parte di agenti esterni. Questa interpretazione accompagnò l'ospedale del Santa Maria della Pietà fino agli inizi del '900, nonostante i progressi in campo scientifico e l'avvio del processo di medicalizzazione della follia. In particolare fu la possessione diabolica negli anni a diventare una particolare rappresentazione della malattia mentale e della pericolosità, che se da una parte riguardava l'internata con il suo sistema di credenze e valori, dall'altra riguardava anche la Chiesa e la sua necessità di ribadire il controllo sullo "spirito", e i medici, preoccupati di valutare le esternazioni del comportamento delle possedute come sintomi di una patologia da inserire in nuovi schemi classificatori. Nella tradizione cristiana, nel perenne conflitto tra bene e male, la follia era assunta come indice di peccato e colpa ed era legata al simbolo del male per eccellenza: il diavolo<sup>605</sup>. Lo schema esplicativo era quello della cattura del corpo delle donne da parte del demone, che se ne impadroniva, lo svuotava e lo spingeva a comportamenti inappropriati. La malata era un'invasata, con pose assurde, trasformata in un repellente animale<sup>606</sup>.

Si trattava del "*diavolo in corpo*"<sup>607</sup>. Il corpo femminile era prescelto dal diavolo per essere posseduto perché debole e fragile, impressionabile e suggestionabile. Le donne erano percepite come individui senza coscienza e controllo del proprio corpo, facili prede del nemico. Per gli uomini ricoverati, la possessione, invece, era rara e nei casi in cui si manifestava lo faceva attraverso visioni che generavano paura e timore, ma che non dominavano mai completamente il soggetto<sup>608</sup>. L'affinità tra il demoniaco e il corpo femminile si esprimeva anche attraverso le auto-rappresentazioni delle ricoverate che spesso si vedevano come diavoli<sup>609</sup> o esseri diabolici<sup>610</sup>, annullando la distanza che gli uomini invece mettevano tra loro e il demonio. Questo tema è di particolare interesse perché, non solo dimostra il continuo intrecciarsi delle tradizioni popolari con le ambizioni mediche e scientifiche e la coesistenza

---

<sup>605</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp.180-185.

<sup>606</sup> *Ivi*, p. 181.

<sup>607</sup> *Ivi*, p.180.

<sup>608</sup> ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Nazzareno V- 1895.

<sup>609</sup> ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Antonietta V- 1815.

<sup>610</sup> ASMP, Archivio sanitario, Cartelle cliniche, Filomena R- 1802.

delle terapie mediche con quelle religiose, ma anche perché, come si evincerà in seguito, sottolinea una specifica mentalità che vede le donne come esseri inclini alle credenze e più soggiogabili da forze esterne. Esse, per propria costituzione nervosa, “*apparivano maggiormente recettive agli spiriti*”<sup>611</sup> e per “*la concupiscenza carnale (che è in loro insaziabile) disponibili ad offrirsi al diavolo per soddisfare la propria libidine*”<sup>612</sup>. Con l’avvio del processo di medicalizzazione della follia la religione tuttavia non bastò più da sola a spiegare l’insorgere dei problemi psichici nelle ricoverate e soprattutto non riuscì più a soddisfare completamente le esigenze della psichiatria che si orientava verso le teorie organicistiche e deterministe. Verso il 1800 cominciarono, come abbiamo visto, in virtù dell’applicazione di metodi di analisi mirati alla rigida osservazione dei fatti, a scomparire i demoni. Restavano solo le manifestazioni esterne come i deliri e le ossessioni. I medici si confrontavano con questa ambigua dimensione ragionando di peccato e colpa, di zone d’ombra e lati oscuri della natura umana<sup>613</sup>. I piani di osservazione erano due. Quello del mondo scientifico legato al principio di razionalità e quello che comprendeva il mondo cattolico popolare, con le sue credenze e i suoi riti. Mentre la scienza faticava a relazionarsi con la dimensione popolare, la religione riusciva maggiormente a mediare tra le esigenze spirituali e quelle culturali della gente, mantenendo al suo interno tutta una serie di pratiche religiose e magiche, che continuavano a persistere nella società. La chiesa, quindi, diversamente dalla scienza, riusciva ad essere più vicina alla popolazione cercando di salvare quelle credenze e quegli stereotipi che spiegavano la sofferenza e il dolore. Il legame infatti tra malattie e diavolo era un legame stretto, in particolar modo quando si parlava di folli, che per guarire sceglievano di invocare Santi e Madonne e non i dottori<sup>614</sup>. La religione popolare in questo non era terapia nel senso scientifico del termine, ma una soluzione normalizzata ed accettata in grado di spiegare e sconfiggere il male. Come mostra una ricerca svolta presso il Santa Maria della Pietà da Elisabetta Simeoni<sup>615</sup>, sulle cartelle cliniche di donne internate, registrate dal 1891 al 1900,

---

<sup>611</sup> G. Zilboorg, G. Henry, *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1973, pp.125-151.

<sup>612</sup> H. Kramer, J. Sprenger, *Il martello delle streghe. La sessualità femminile nel transfert degli inquisitori*, Marsilio, Venezia 1995.

<sup>613</sup> G. Rovera, A. Gatti, *Folli, diavoli e psichiatri*, in F. Barbarano, D. Rei (a cura di), *L’autunno del diavolo*, Vol. II, Bompiani, Milano 1990, p. 399.

<sup>614</sup> P.E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle Cartelle Cliniche di Santa Maria della Pietà (1891-1900)* in AA.VV. (a cura di), *L’ospedale dei pazzi di Roma dai papi al ‘900*, cit., p. 168.

<sup>615</sup> *Ivi*, pp. 165-181.

l'elemento popolare religioso era ancora presente in quegli anni nell'Istituto, nonostante i nuovi modelli nosografici e l'evoluzione della dottrina psichiatrica davano molta più attenzione ai sintomi delle malate, alla loro descrizione e alle interpretazioni che le stesse fornivano sulla malattia. L'analisi era relativa al periodo della direzione di Clodomiro Bonfigli<sup>616</sup>, che aveva introdotto le nuove cartelle cliniche e lavorato sulle pazienti nel periodo trascorso in sala di osservazione. La ricerca parla di donne prevalentemente analfabete, casalinghe e contadine<sup>617</sup> che individuavano nei loro vissuti persecutori le cause del male (follia): fatture, malocchi e possessione da parte di spiriti, morti, fantasmi, diavoli. Queste credenze nascevano dalla convinzione che la disgrazia, la malattia, la follia avevano radici negli altri, cattivi e invidiosi, vivi o morti, all'esterno dell'individuo stesso e che anche solo con pessimi pensieri potevano procurare disgrazie. Così le fatture, i malocchi, i diavoli con grandi corna o con l'aspetto di serpenti riempivano le module<sup>618</sup> del Santa Maria della Pietà, dove nonostante si desse ancora spazio a questa spiegazione della malattia, non si procedeva più di fatto con la somministrazione di pratiche terapeutiche che prevedevano la messa in atto di riti religiosi, quali l'esorcismo. L'insorgere di tali fenomeni rientrava prevalentemente del settore delle credenze popolari, più che in quelle religiose in senso proprio. La Chiesa già nel 1614 avvisava di non credere troppo facilmente alla possessione e di cercare di verificare se si trattava di *“coloro che sono travagliati da umore vizioso o da qualche malattia”* e nel corso degli anni ricorse essa stessa alla scienza in caso di perplessità e dubbi su casi di posseduti<sup>619</sup>. I settori erano autonomi e rappresentativi di due dimensioni culturali differenti, che nella visione dei medici e dei preti avevano confini e ambiti di analisi distinti e separati, ma nelle vite delle persone no. E così una giovane ricoverata<sup>620</sup> al Santa Maria della Pietà *“Carina, bellissima giovanetta di Nola, viveva beata dell'amore dei suoi genitori e dell'affetto di Sandro, il suo fidanzato. Ma ad un tratto ella perdé e la madre e il padre e il suo Sandro, perché morta la madre e il padre emigrò in America e, venuto il giorno della leva, il suo fidanzato fu costretto a partire per l'esercito. Né qui finirono le sventure di Carina, perché un temporalaccio, di lì a*

---

<sup>616</sup> A. Jaria, *op.cit.*, p. 166.

<sup>617</sup> P.E. Simeoni, *op. cit.*, pp. 165-181.

<sup>618</sup> La modula era un documento cartaceo di 4 facciate che dal 1889 sostituì il certificato medico e che conteneva informazioni sulla provenienza del ricoverato.

<sup>619</sup> L. Roscioni, *Il governo della follia, cit.*, pp.191-199.

<sup>620</sup> V. di Giacomo (a cura di), *Carina si spegne*, in «Leggende del diavolo», Cappelli, Rocca S. Casciano, 1957, p.23.

*poco sopravvenuto, le intristì miseramente il campicello. Penava la poveretta e invocava la morte, quando le apparve un angelo scuro dalle pupille di carbone, che le promise ogni felicità, purché a lui s'abbandonasse, ma Carina chiuse gli occhi, si segnò devotamente, e il demonio sciogliendosi in fumo, sparì d'un tratto. Ma il fero spettacolo sconvolse la salute di Carina: la notte ora sentiva strani sibili, ora vedeva gran fila di spettri, sicché aggiunti questi strazi alle antiche sventure, la Carina, andò declinando un giorno dopo l'altro finché morì".* La cultura popolare, nella vita di Carina spiegava l'inizio, lo sviluppo e la conclusione di una storia di sofferenza, diventata "follia".

Se la cultura popolare riusciva a fornire delle interpretazioni in grado di spiegare alle donne l'origine dei propri mali, i modelli sociali imposti anche offrivano ulteriori interpretazioni della follia, che si traducevano in stereotipi e immagini di donne "in negativo". L'isterica ad esempio era un'altra rappresentazione della follia femminile che traeva origine nella morale<sup>621</sup> e negli imperativi sociali. L'isterica era una malata di una forma di sofferenza psichica legata alle relazioni che la donna aveva con la propria famiglia e al rapporto con le aspettative sociali, più che a specifici tratti corporei. Soffriva di un male antico nelle espressioni esteriori, che la scienza e la letteratura del tempo legavano ad un distacco dagli obiettivi sociali del matrimonio e della riproduzione<sup>622</sup>. I documenti sulle malate mostrano infatti che l'isteria era percepita come una malattia tipica di quelle donne che non vivevano una corretta dimensione domestica, come figlie o come mogli. Non raggiungere tali status, o perderli attraverso la separazione e la vedovanza, costringeva la donna a vivere in una condizione di marginalità, dove anche provvedere al proprio sostentamento equivaleva a non rispettare la norma. Da qui le enormi difficoltà per le figlie sedotte, le mogli abbandonate e le donne rifiutate nell'inserirsi in un contesto sociale che non ammetteva la loro esistenza. E allora era il corpo, attraverso il comportamento "anomalo" a parlare alla società e ai dottori. L'isteria, attraverso il corpo, dava voce alle malate che si esprimevano con quei comportamenti che la scienza valutava anormali, quali il delirio erotico sentimentale e lo stato libidinoso. Le donne isteriche

---

<sup>621</sup> Nelle cartelle cliniche espressioni come frigidità, passione, desiderio sessuale non erano indagate rispetto alla storia della paziente, ma valutate in termini di presenza nella ricoverata e misurate rispetto alla morale comune. Si legga E. Fanfani, *Biografie femminili e isteria nell'ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in AA.VV. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, cit., pp. 185-200.

<sup>622</sup> P. Mantegazza, *La fisiologia della donna*, Bietti, Milano 1945.

erano malate nei loro organi intimi e spesso per essere curate subivano bendaggi di contenzione alle mani e serrata sorveglianza notturna. Gli organi genitali diventavano così *“da un punto di vista storico dei veri e propri testimoni indiscreti dei temperamenti e delle pratiche sessuali alle quali (la donna) è sottomessa”*<sup>623</sup>. Nella dottrina medica questa malattia, che risiedeva nell’utero, era una condizione latente in tutte le donne, legata al sesso e pronta ad esplodere e intaccare non solo il sistema nervoso, ma soprattutto l’uomo, la famiglia, la società<sup>624</sup>. Essere isterica era un modo di essere donna e di esprimersi in un “tipo”, in uno status ammesso e accettato dalla comunità, anche se in termini negativi<sup>625</sup>. Essere isterica era quasi un modello al contrario, una dimensione di vita per quelle donne che erano ciò che la cultura non consentiva. Solo il manicomio poteva proteggere la società dalla loro pericolosità morale, che distruggeva il buon costume e il buon nome di intere famiglie. La storica Angela Groppi descrivendo le motivazioni di questi internamenti femminili affermava *“D’altra parte il rischio del peccato o la caduta in esso sono spesso il contenitore formalmente riconosciuto e ammesso attraverso cui si veicolano strategie di sopravvivenza, logiche conservative di patrimoni morali ed economici, volontà di mantenimento di equilibri familiari e comunitari... e lo sguardo che regola il controllo è rivolto, oltre che alla fisionomia morale delle donne in questione, al loro comportamento più o meno conforme agli schemi che definiscono l’agire femminile normale”*<sup>626</sup>. L’isterica era la rappresentazione di un modello negativo, che comunque la società descriveva e conosceva. Devereux, in anni successivi, offrirà un’interessante interpretazione sul ruolo giocato dai modelli negativi<sup>627</sup> presenti nelle società che, come nel caso dell’isterica, risultano essere funzionali alla società che li produce. L’antropologo suggeriva *“nella maggioranza dei casi il gruppo ha teorie esplicite riguardo alla natura e alla causa di tali disturbi ed idee precise sui loro sintomi, sulla loro evoluzione e sulla loro prognosi [...] l’etnopsichiatria ci insegna che, singolarmente nelle condizioni di stress, la cultura fornisce all’individuo indicazioni sulle modalità di impegno abusivo, chiamate da Linton modelli di*

---

<sup>623</sup> M. Fusaschi, *op. cit.*, p.126.

<sup>624</sup> *Ibidem*.

<sup>625</sup> P. Mantegazza, *La fisiologia della donna*, Bietti, Milano 1945.

<sup>626</sup> A. Groppi, *Carriera di un’internata tra Buon Pastore e Manicomio*, in «Annali della fondazione Basso», 1983-1984, VII, pp. 193-196.

<sup>627</sup> G. Devereux, *Dall’Angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani, Roma 1984.

*cattiva condotta [...]. Come se il gruppo dicesse all'individuo "non farlo, ma se lo fai, ecco come devi farlo"*<sup>628</sup>. L'isteria sembra essere parte di quel processo di equilibrio sociale, che non solo codificava la devianza, ma la rendeva funzionale alla propria sopravvivenza. Sulla base di questa logica ad esempio *"La cattiva condotta sessuale della prostituta permetteva fino a non molto tempo fa alla ragazza di buona famiglia di rimanere vergine"*<sup>629</sup>. I conflitti e i traumi che si diffondevano ed esprimevano nei comportamenti delle persone, come nel caso dell'isterica, erano così numerosi nella società da non poter essere ignorati. Esistevano ed erano manifesti, andavano semplicemente controllati. Di qui la necessità seguendo il ragionamento di Devereux, di elaborare dei sintomi modello, che rendendo esplicite e standardizzate le manifestazioni della malattia, facevano sì che esse potessero essere decifrate e gestite. Anche in negativo. L'isterica quindi né completamente folle né completamente delinquente, un po' folle e un po' delinquente, si inseriva in quel contesto di marginalità dove finivano le donne che non riuscivano ad essere quello che la natura gli imponeva. Finivano dentro un vuoto sociale<sup>630</sup> in cui si nasceva l'angoscia, i traumi ed le esperienze di disagio. L'analisi svolta da Edvige Fanfera su un campione di 514 donne folli, diagnosticate isteriche<sup>631</sup> e ricoverate presso il Santa Maria della Pietà dal 1851 al 1911, conferma queste interpretazioni. Il campione è di 514 donne e presenta una percentuale di casi di isteria sul totale delle diagnosi di malattia mentale che va dal 5% al 13,61% . Le ricoverate risultano avere un'età compresa tra i 10 e i 35 anni e un'estrazione sociale prevalentemente contadina. Tra esse molte vedove e nubili. Povere quindi, e quasi sempre non coniugate. Né mogli, né madri.

Oltre alla prostituta, alla posseduta e all'isterica, appartiene alla schiera delle cosiddette "anormali", internate nel manicomio romano, anche la donna degenerata. Degenerata secondo quell'interpretazione della degenerazione fornita da Morel nel 1857<sup>632</sup> che paragonava questa

---

<sup>628</sup> G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma 1978, pp. 45-60.

<sup>629</sup> *Ibidem*.

<sup>630</sup> ASMP, Cartelle cliniche, Teresa P., Luisa B., Pasqua P., Vienna Maria L., Matilde G., Luigia M., Esterina M., Virginia S., Giulia M., Luigia V., Luisa C., Anna B., Adele F., AnnaRosa di A., Ermelinda F., Caterina A., Matilde F.R., Anna A. Le storie che emergono dalla lettura delle cartelle cliniche fanno emergere delle vite condotte al limite della legalità, in un contesto di emarginazione e solitudine.

<sup>631</sup> E. Fanfera, *op. cit.*, pp. 187-200. A riguardo si legga anche C. Gallini, *La sonnambula meravigliosa*, Feltrinelli, Milano 1983 e C. Gallini, *La donna dei positivisti*, in «Orsa minore», 1982, nn.3-4, pp. 50-60.

<sup>632</sup> B.A. Morel, *Traité des dégènerescences physiques, intellectuelles et moralès de l'espèce humaine, cit.*

malattia a un veleno così potente da intossicare la morale delle persone. Lo psichiatra Max Nordau<sup>633</sup>, nella sua opera principale “Degenerazione”, ne parlava sostenendo che era una malattia che si manifestava in quelle persone che contrastavano le norme sociali e che dovevano essere definite “*immorali in maniera ripugnante*”, vittime di uno squilibrio mentale, anti sociali e con tratti estetici e psichici marcati. Le degenerate erano disadattate per eccellenza e pur manifestandosi in diverse figure dell’Alterità (donne alcoliste, donne di strada, donne vagabonde) erano accumulate tutte dall’assenza di senso morale e dall’entrata in conflitto con le esigenze di contegno sociale. Il medico Kraepelin, che influenzò molto la psichiatria italiana nei primi anni del ‘900, ne parlava come di persone con un’attitudine naturale al crimine, conseguenza di una dimensione di vita che aveva fatto sviluppare una forte corruzione dell’anima fin dall’infanzia e cresciuto disarmonie del comportamento tali da produrre “*un sostrato di illecito morale e giuridico*”. Attraverso le sue parole i degenerati erano “*discretamente intelligenti [...] inclini a imparare poco perché leggeri e incostanti [...] con tendenze alla menzogna [...] di umore spesso mutevole e irritabile, istintivi, ribelli, turbolenti, rozzi, corruttibili*” e sarebbero inevitabilmente finiti in “*conflitto con la legge penale, compiendo furti, frodi, imbrogli, ferimenti, turbando la pubblica quiete e l’ordine delle famiglie, commettendo eccessi di ogni genere*”<sup>634</sup>. Incorreggibili e irrecuperabili, senza speranza. Anche se la loro destinazione ufficiale era quella del manicomio criminale, a causa della gravità dei loro reati, di fatto finivano spesso nei manicomi civili, al massimo nelle sezioni speciali dei manicomi civili, a causa dell’effetto della legge Giolitti che disponeva che i prosciolti per vizio di mente dovevano essere ritirati e mantenuti dalle province di appartenenza e assegnati ai manicomi civili<sup>635</sup>. La degenerazione era un’ulteriore manifestazione della follia che privava la donna di quell’identità originaria di donna normale sostituendola con un’altra, quella della malata, proposta dallo psichiatra. Si trattava di un’identità imposta, patologica che culminava nell’internamento, unico rimedio a una vita scellerata, contro norma e lontana dalla moralità<sup>636</sup>. Degenerate erano tutte quelle donne che avevano un temperamento criminale

---

<sup>633</sup> M. Nordau, *Degenerazione*, Dumolard, Milano 1893.

<sup>634</sup> A.M. Coen, *Contributo alla conoscenza della pazzia morale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1923, 47, 2, pp. 143-190.

<sup>635</sup> Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati, art.6 legge 36 del 1904.

<sup>636</sup> F. Del Greco, *Sui delinquenti pazzi*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1900, 26, 1, pp. 40-56.

caratterizzato dall'esuberanza sessuale e che praticavano l'omosessualità, intesa "come dimensione specifica della contro natura"<sup>637</sup> che esprimeva "le spirituali malformazioni"<sup>638</sup> nelle persone.

Vicina alla degenerazione, la pazzia morale che stabiliva la compresenza, nelle donne che ne erano colpite, della deficienza dei sentimenti e di una spiccata impulsività. Una categoria ad ampio raggio che includeva al proprio interno tutti quegli "anfibi lucidi, ma moralmente imperfetti"<sup>639</sup>, non propriamente pazzi, ma senza morale. Le pazze morali pur avendo apparentemente coscienza delle proprie facoltà mentali erano incapaci "per organica costituzione psichica" di adeguarsi alla società. Lombroso le definiva come "naturalmente plasmate dal male"<sup>640</sup>, perverse e irrecuperabili, predisposte alla vita scellerata per un'anomalia costituzionale che non gli permetteva di distinguere il bene dal male. "Il pazzo morale non conosce durante l'azione criminosa, a quali risultati può arrivare la sua azione criminosa e non ha durante la spinta criminosa un giudizio esatto sui possibili risultati della propria azione, egli manca di freni inibitori e non li usa, non tanto perché egli è portato a ciò dalla sua brutale malvagità quanto perché egli non ha coscienza del valore della spinta criminosa e delinque come un automa, senza rendersene conto"<sup>641</sup>. E questa pazzia morale nelle donne assumeva un carattere ancora più orribile, perché, come nel caso dell'omosessualità, andava contro la stabilità della famiglia e era legata ad una perversione sessuale che non combaciava con il dovere coniugale e riproduttivo. Le pazze morali erano donne senza sentimenti, bugiarde vanitose, impulsive.

La pericolosità, attributo della follia, era quindi un atteggiamento che assumevano le donne, quando andavano contro le leggi. Rifletteva degli imperativi morali e giuridici che non dovevano essere messi in discussione e che non giustificavano né comprendevano i comportamenti ritenuti fuori schema. Tranne il caso in cui la degenerazione e la pazzia morale

---

<sup>637</sup> M. Foucault, *Gli anormali*, cit., p. 38.

<sup>638</sup> E. Ferri, *Classificazione dei delinquenti e loro caratteri psichici*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1885, 11, pp.223-225.

<sup>639</sup> G. Santangelo, *Il delinquente per tendenza nel nuovo Codice Penale*, in «Annali dell'Ospedale psichiatrico in Perugia policlinico», 1931, 25, 4 pp. 189-213, 291-332.

<sup>640</sup> C. Lombroso, *L'uomo delinquente*, cit., p. 719

<sup>641</sup> G. Santangelo, *op. cit.*, p. 296.

erano spinte da un interesse ritenuto superiore, come ad esempio l'onore familiare. Le infanticide, "ree per passione"<sup>642</sup> ricevevano infatti una certa forma di pietà da parte dei medici e dei giudici, anomala rispetto alla rigida condanna di tutte le altre forme di devianza. Ad esse si riconosceva un sentimento di pena in virtù di una mentalità sociale che le colpiva con tabù e stereotipi. Le infanticide uccidevano i propri figli *"per un sentimento d'onore esagerato di cui è causa l'infamia che la nostra società annette alla maternità illegittima, per vergogna di presentarsi in condizione che non la natura, ma la società sugella con nota d'infamia"*<sup>643</sup>. Esse erano considerate vittime di un pervertimento del senso morale e spinte al crimine per nascondere una colpa, per salvare l'onore della famiglia, per non subire la vergogna sociale<sup>644</sup>. Così da pazze morali erano trasformate in imbecilli morali in preda a uno stato mentale turbato, ma provvisorio e momentaneo, che non avrebbe determinato un pericolo futuro per la società. L'obiettivo non era assolvere le donne, ma salvaguardare l'onore e il buon costume.

### ***3.4 Le detenute nel manicomio romano***

Le internate del Santa Maria della Pietà erano donne diagnosticate folli e che in alcuni casi avevano vissuto pregresse esperienze di detenzione.

Pericolose quindi e criminali, in virtù di quel principio largamente accettato, che contravvenire alla morale e procurare scandalo era reato. La lenta affermazione dei manicomi criminali e la scarsa diffusione sul territorio nazionale, spinse molti istituti carcerari e gli stessi giudici, a preferire la soluzione dell'internamento nel manicomio civile per quelle donne che avevano compiuto un reato e che davano segni di "follia". Dalla ricerca svolta presso gli archivi del manicomio romano, risultano ricoverate per gli anni che vanno dal 1900 al 1915, 20 donne

---

<sup>642</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, pp. 1808-1810.

<sup>643</sup> C. Lombroso, *L'uomo delinquente, cit.*, pp. 132-133.

<sup>644</sup> G. Grassi, C. Bombardieri, *Il policlinico della delinquenza*, FrancoAngeli, Milano 2016, p. 168.

condannate dalla giustizia. Delle venti donne indicate in un foglio trascritto a mano, tra tanti altri, è stato possibile rintracciarne 18<sup>645</sup>.

Ad una prima analisi emerge subito il fatto che molte di esse hanno subito più di un internamento nel corso degli anni e hanno vissuto oltre l'esperienza del carcere anche quella dell'ospedale civile. Tutte hanno avuto precedenti con la giustizia e a tutte sono stati imputati dei reati. Il problema era solo stabilire se fossero stati compiuti nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali o in stato di alienazione. L'età delle detenute<sup>646</sup> internate è variabile dai 16 ai 50 anni anche si registra una maggiore presenza di quelle di età compresa tra i 20 e i 35 anni. Sono di provenienza laziale, la maggior parte di Roma e Frosinone. Solo tre risultano essere nate in città non laziali (San Severino Marche, Ferrara e Orvieto). Quattro di esse risultano coniugate e una vedova, tutte le altre nubili. La maggior parte di loro ha istruzione inferiore o elementare, due soltanto sono analfabete<sup>647</sup>. Le professioni svolte invece sono più variabili, anche se non altamente qualificate: sarta, prostituta, contadina, casalinga, cicoraia, ex monaca di carità e fruttivendola. Interessante il dato sull'appartenenza religiosa, l'unico ad essere presente e compilato in tutte le cartelle cliniche e sempre con la stessa dicitura "*di religione cattolica*". Il tutto a conferma di quanto la religiosità fosse ritenuta un attributo qualificante nella vita delle persone.

Le ammissioni delle detenute in esame sono avvenute dal 1901 fino al 1915, e tutte a seguito di segnalazione di addetti alla pubblica sicurezza, poliziotti e funzionari pubblici. Le forme morbose, annotate sul Registro Nosografico, in entrata, risultano essere molto varie tra loro e non riconducibili a delle categorie dominanti. Sono strettamente connesse alle nosografie del tempo e trascritte con le formule di: stato depressivo su base isterica, impulsività e delinquenza, stato di eccitamento, pazzia morale (rettificata in psicosi mestruale su base isterica e definita dal Tribunale deficienza etica)<sup>648</sup>, stati psicotici transitivi su base di alcolismo

---

<sup>645</sup> ASMP, Cartelle cliniche, Teresa P., Luisa B., Pasqua P., Vienna Maria L., Matilde G., Luigia M., Esterina M., Virginia S., Giulia M., Luigia V., Luisa C., Anna B., Adele F., AnnaRosa di A., Ermelinda F., Caterina A., Matilde F.R., Anna A.. Non è stato possibile trovare la cartella clinica di tutte le 20 detenute a causa delle difficoltà relative al recupero delle informazioni necessarie. Nei registri di entrata e uscita del manicomio spesso le date e i nominativi sono discordanti e difforni da quelli riportati nelle cartelle cliniche.

<sup>646</sup> *Ibidem*.

<sup>647</sup> *Ibidem*.

<sup>648</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.518/802, Cartella Clinica Maria Vienna L.

cronico, deficienza etica, debolezza mentale, psicosi alcolica e isterica, deficienza congenita, psicosi non constatata, alcolismo acuto, paranoia cronica con episodi allucinatori, degenerazione del carattere, isteria, morfinismo, stato maniaco, psicosi allucinatoria, pazzia morale su fondo isterico, psicosi allucinatoria su base isterica, sifilide e stato ipocondriaco, psicosi epilettica e anche un caso di simulazione. Si tratta di Virginia S.<sup>649</sup>, prostituta, segnalata come affetta da psicosi cefalalgica dal Dottor Mingazzini e dal Primario Dottor Asceuri, rea del furto di un portafoglio. Il documento originale è stato modificato a mano, dopo il periodo trascorso dalla detenzione in Sala d'osservazione. I reati imputati alla ricoverata anche sono molto variabili e non presentano delle costanti rilevanti. Sono omicidio volontario, porto d'arma insidiosa, oltraggio, minacce, porto di coltello, violenza e resistenza agli agenti di forza pubblica, furto qualificato, atti osceni, pubblico scandalo, truffa, maltrattamenti, alcolismo, appropriazione indebita, contravvenzione all'ammonizione, violenza e calunnia. Solo per quattro delle detenute in esame<sup>650</sup> si è riscontrata la presenza nel fascicolo personale dell'estratto matricolare<sup>651</sup>, prestampato del carcere dove oltre alle informazioni sul reato commesso e sulla pena somministrata, si annotavano anche le principali caratteristiche fisiche delle malate. Nello specifico per Vienna Maria L.<sup>652</sup>, di anni 16, si registrava una condanna per furto qualificato e connotati personali definiti con la formula "OK". Alla voce occhi e naso era posta infatti la sigla "OK" ad indicare la conformità delle sue misure con quelle di una donna con parametri valutati nella media. Nel caso di Luigia M.<sup>653</sup>, di anni 25, condannata per oltraggio al pudore e truffa, a quattro mesi di reclusione, si fornivano indicazioni sulla condotta mantenuta durante la detenzione in carcere che risultava buona, e sui dati antropometrici, anche in questo caso definiti "OK". L'estratto matricolare è presente anche nel fascicolo di Luigia V.<sup>654</sup> di anni 30, condannata per truffa e appropriazione indebita, internata ripetute volte. In esso veniva segnalata la condotta buona della detenuta e l'assenza di segni fisici particolari. Ultima Adele F.<sup>655</sup> di anni 22, condannata a quaranta giorni di reclusione per contravvenzione

---

<sup>649</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 2228, Cartella Clinica Virginia S.

<sup>650</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Cartelle Cliniche, Maria Vienna L., Luigia M., Luigia V. e Adele F.

<sup>651</sup> L'estratto matricolare è un documento cartaceo prodotto dall'amministrazione del Carcere in cui si registrano i dati anagrafici delle detenute, i dati antropometrici, i reati commessi, le condanne e le recidive con indicazioni sulla condotta durante lo sconto della pena detentiva.

<sup>652</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.518/802, Cartella Clinica Maria Vienna L.

<sup>653</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 1895, Cartella Clinica Luigia M

<sup>654</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella Clinica Luigia V.

<sup>655</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 672, Cartella Clinica Adele F.

alla vigilanza, violenza e oltraggio. Il suo estratto matricolare è compilato solo per la sezione relativa allo stato di condotta mantenuto durante le detenzione, che risultava essere pessimo.

Nonostante i modelli prestampati delle carceri romane facessero ancora riferimento agli schemi di analisi lombrosiana, fondati sulla misurazione delle parti del corpo, e nonostante venissero conservate apposite sezioni nei moduli dove indicare specificità e peculiarità fisiche, di fatto questi spazi non venivano quasi mai compilati, al massimo si inseriva un semplice e sfuggente “ok”. Era l’inizio del ‘900 e lentamente il modello tedesco emergeva sulla scena della psichiatria, dando maggior risalto a quell’approccio misto che considerava rilevanti sia la componente anatomica che quella psicologica del detenuto. L’influenza tedesca e le posizioni della giurisprudenza che cercava di separare i campi di intervento e di non entrare nel merito della riflessione strettamente psichiatrica, tuttavia non riuscirono a spostare l’attenzione da quelle posizioni che si concentravano sui comportamenti ritenuti immorali, che scandalizzavano e portavano allo scoperto le abitudini e i vizi che distruggevano la struttura sociale. Quasi tutte le detenute infatti erano nubili, senza marito, non motivate alla procreazione, quindi condannate a una vita di perdizione. Dopo il soggiorno in carcere venivano inviate in Sala d’osservazione, nel manicomio, per una perizia psichiatrica in grado di dimostrare la più o meno presenza della follia, durante la commissione del reato imputatogli. Un reato che raramente si distingueva per eccessi di violenza e che si configurava prevalentemente con comportamenti di cattiva condotta a danno di terzi. Alcune di esse, venivano inviate al manicomio anche a causa di episodi di insubordinazione<sup>656</sup> verificatisi durante l’esperienza detentiva o per reazioni eccessive contro le suore addette alla sorveglianza o le altre detenute<sup>657</sup>.

Partendo da queste considerazioni emerge la necessità di chiarire quale sia il legame esistente tra carcere e manicomio rispetto alle detenute agli inizi del ‘900 e soprattutto quali siano le peculiarità delle due strutture segregative. Il manicomio è stato analizzato nei capitoli precedenti, appare necessario ora soffermarsi, seppur brevemente, sulle caratteristiche fondamentali del sistema carcerario romano alla fine dell’800. Il sistema carcerario presentava

---

<sup>656</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 525, Cartella clinica Ermelinda F.

<sup>657</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.259, Cartella Clinica Anna A.

un'utenza che per classe di provenienza rispecchiava quella manicomiale (operai, contadini, poveri) ed era basato su regole rigide e conservatrici<sup>658</sup>. Le guardie carcerarie ad esempio, in base al regolamento vigente, avevano l'obbligo di ricorrere alla forza per difesa personale, non potevano fare amicizia con i detenuti, non potevano vestirsi in borghese e per sposarsi avevano bisogno del permesso della direzione<sup>659</sup>. I detenuti e le detenute, invece, avevano il divieto di parlare tra loro, non potevano avere effetti personali, dovevano indossare l'uniforme, erano chiamati con il numero di matricola, non potevano recitare le preghiere a voce alta<sup>660</sup>. Le punizioni previste per i detenuti e le detenute erano ammonizione alla cella ordinaria, isolamento in cella di punizione e isolamento in cella oscura con i ferri e la camicia di forza, a volte senza durata predeterminata<sup>661</sup>. Anche se negli anni successivi si lavorò per alleggerire la durezza delle punizioni e delle misure disciplinari applicate<sup>662</sup> rimasero immutati alla fine dell'Ottocento sia l'atteggiamento di rigido controllo sia la pratica di misure di repressione fisica verso tutti i detenuti e le detenute, espressione delle classi più povere e ignoranti<sup>663</sup>. Il manicomio e il carcere oltre a avere un'utenza che proveniva prevalentemente dalle stessi classi sociali, lavoravano ambedue per il fine della prevenzione dal pericolo e della sicurezza sociale, con strumenti repressivi mirati a stabilire un rapporto di stretta subordinazione tra l'internato/detenuto e l'agente o custode. La variabile sembrava essere solo la presenza della follia, pregressa alla detenzione o successiva, che segnava lo spartiacque per determinare la scelta del carcere o del manicomio come destinazione finale. Ed è così che, nel tentativo di mostrare scientificamente la presenza della follia, molte donne passarono da un'istituzione all'altra, ininterrottamente, per molti anni. Luigia V.<sup>664</sup>, ad esempio, morfinomane, ha varcato dieci volte la porta del manicomio, tra il 1901 e il 1907, passando per l'ospedale di San Giacomo

---

<sup>658</sup> Regolamento carcerario del 1 febbraio 1891 n. 260

<sup>659</sup> *Ibidem*.

<sup>660</sup> *Ibidem*.

<sup>661</sup> G. Neppi Modona, *Quali detenuti per quali reati nel carcere dell'Italia liberale?*, in S. Montaldo, P. Tappero (a cura di), *op. cit.*, pp. 83-97.

<sup>662</sup> Nel periodo "giolittiano" il regolamento del 1891 subì alcune importanti modifiche tendenti a mitigare le condizioni disumane dei detenuti. Venne soppresso l'uso della catena al piede per i condannati ai lavori forzati e furono introdotte modifiche al rigido sistema delle sanzioni disciplinari, eliminando le disumane punizioni della camicia di forza, dei ferri e della cella oscura. I ferri saranno di fatto aboliti soltanto nel 1902, con l'articolo unico del regio decreto n. 337 del 2 agosto.

<sup>663</sup> G. Neppi Modona, *op. cit.*, pp. 83-97.

<sup>664</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V.

e di San Giovanni e il Carcere delle Mantellate. Anna A. anche fu internata 5 volte, tra il 1904 e il 1914, passando più volte per il Carcere delle Mantellate. Più che di posti di rieducazione e guarigione, il carcere, l'ospedale e il manicomio erano per le donne esaminate, luoghi dove essere abbandonate e dimenticate. Le stesse necessità mediche sembravano passare in secondo piano, come i continui cambi di sede dimostrano, a conferma del fatto che la permanenza nell'istituzione manicomiale era determinata da altri fattori oltre che quelli fisici e psichici. Luigia V.<sup>665</sup>, descritta come una donna dall'atteggiamento aggressivo e turbato, ad esempio, venne rinvia continuamente dall'ospedale civile al manicomio, senza che nessuna delle due strutture se ne facesse pienamente carico. Nel primo caso perché ritenuta bisognosa di intervento chirurgico e quindi da ricoverare in ospedale, nel secondo caso perché non ritenuta così grave da dover subire un'operazione e quindi da ricoverare in manicomio.

Le storie esaminate sembrano essere la testimonianza di un percorso di vita tortuoso, non lineare che attraversa le ambiguità dei sistemi di controllo sociale e le debolezze di una scienza che pur facendosi carico della malattia mentale, non riusciva a ricondurla a fattori propriamente stabili e certi. Incerte erano le vicende che avevano condotto le donne internate al reato, incerte le pene e le punizioni, incerte le terapie, incerte le motivazioni che portavano alla reclusione. Di seguito una sintesi dei trascorsi vissuti da alcune delle detenute definite pericolose dalla Legge Giolitti e internate presso il Santa Maria della Pietà di Roma.

Luisa B.<sup>666</sup>, fruttivendola di 18 anni, fu internata al Santa Maria della Pietà due volte, nel 1909 (per meno di un mese) e nel 1910 (per tre mesi), per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza dell'Esquilino la prima volta e della Corte di Appello di Roma la seconda volta. Nel questionario compilato per il primo ingresso in manicomio e intitolato "Notizie richieste per l'ammissione degli alienati"<sup>667</sup> risulta essere colta da impulsività e delinquenza. Più

---

<sup>665</sup> *Ibidem*.

<sup>666</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3096, Cartella Clinica, Luisa B.

<sup>667</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3096, Cartella Clinica, Luisa B. Si fa riferimento al questionario compilato per l'ammissione degli alienati al Santa Maria della Pietà di Roma. Il documento era composto di una prima parte dove si raccoglievano le generalità dell'inferma e di una seconda parte composta da 19 quesiti. I quesiti erano: 1. Nella famiglia dell'infermo, in linea ascendente, discendente o laterale, esiste eredità psicopatica-nevropatica? Vi furono individui eccentrici, immorali, violenti, bevitori, delinquenti o suicidi?; 2. I genitori erano consanguinei? Esiste fra loro sproporzione di età? Godono essi buona salute? Se sono morti, quale fu la causa della morte?; 3. L'infermo è figlio illegittimo?; 4. In quale ambiente l'infermo è cresciuto e vive? Della famiglia, quale è la condizione, la coltura, l'indole morale, la condotta?; 5. L'infermo ha presentato anomalie di sviluppo fisico o

informazioni sulla sua vita si raccolgono dalla relazione scritta dal Dottor Mochi dopo la permanenza obbligatoria in sala d'osservazione avvenuta nel 1907. Luigia aveva due fratelli e due sorelle, non beveva né risultava avere in famiglia parenti con malattie gravi e ereditarie. I problemi di salute iniziarono durante la frequenza della classe seconda elementare dove manifestò per la prima volta un carattere insolente e insubordinazione verso l'autorità delle insegnanti, tanto da essere costretta ad abbandonare la scuola “*per problemi di obbedienza*”<sup>668</sup>. Da quel momento nella sua vita, secondo il racconto del medico, si susseguirono numerosi episodi di conflitto con la legge. Il primo episodio annotato fa riferimento ad uno scontro verbale avuto con un agente municipale a seguito del quale Luigia scontò 12 giorni di carcere. Seguono per la detenuta altre due condanne, rispettivamente di 20 e 61 giorni, sempre per reazioni violente agli agenti. Dagli esami ed interrogatori<sup>669</sup> svolti con Luigia risulta che la malata attribuiva alle forze dell'ordine la causa dei propri mali e per questo reagiva alla loro vista con impulsività e violenza. Il medico la definiva, alla fine del periodo di osservazione, come una “*primitiva*”<sup>670</sup> vittima di impulsi primordiali e incapace di gestirli. Nel documento redatto dall'amministrazione delle Carceri Giudiziarie di Roma relativo alla richiesta per il secondo internamento si specifica, invece, che Luigia doveva essere internata in uno “*speciale ospedale di malattie nervose*”<sup>671</sup> per scongiurare danni a lei ed a altre persone, in quanto pericolosa a sé e agli altri. Singolare l'episodio che ha determinato la prima carcerazione e il conseguente invio in manicomio. Nel verbale n.2349 del Commissariato dell' Esquilino si legge

---

morale? Ha avuto in età infantile malattie del sistema nervoso o traumi al capo?; 6. Come si presentarono i fenomeni della pubertà e quale influenza hanno esercitato sulla vita psichica dell'infermo? Come si iniziarono le funzioni sessuali? (impotenza, spermatorrea, onanismo, abusi sessuali?); 7.L'infermo ebbe malattie acute, croniche o costituzionali?; 8. Ha sofferto deficienza di mezzi igienici od alimentari? Ha abusato di narcotici, di eccitanti (alcolici) ecc?; 9.quale era il carattere dell'infermo prima dello sviluppo dell'attuale malattia? Quali le sue abitudini, le occupazioni preferite? Quali i suoi sentimenti affettivi, morali e religiosi?; 10. L'infermo ha mai commesso reati? Ha subito pene?; 11. Si mostrava intelligente nella sfera di attività pratica a cui era dedicato?; 12. A quali cause fisiche e morali si attribuisce lo sviluppo dell'attuale infermità?; 13. E' stato altre volte malato di mente? Quante volte? Quando? Quali sintomi presentò? Dove fu curato? Quale fu la durata della malattia?; 14.Quando si manifestarono i primi sintomi dell'attuale stato morboso? Comparvero lentamente od all'improvviso? Con decorso continuo o intermittente?; 15. Si notò nell'infermo cangiamento di carattere di sentimenti, di consuetudini?; 16. Quali alterazioni presenta ora nelle funzioni di senso di moto, di nutrimento, di riproduzione ecc?; 17. Quali sono gli atti ed i discorsi che lo fanno giudicare affetto da malattia mentale?; 18. Quali cure gli furono prestate?; 19. Osservazioni.

<sup>668</sup> *Ibidem.*

<sup>669</sup> *Ibidem.*

<sup>670</sup> Il riferimento è alla categoria lombrosiana del delinquente nato. Si legga a riguardo C. Lombroso, G. Ferrero, *op.cit.*

<sup>671</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3096, Cartella Clinica Luisa B..

che Luisa ( già condannata in precedenza per furto, violenza e lesioni) alle ore 18 del giorno 26 giugno 1909 si recò dallo zio (che aveva sporto ripetuti reclami contro di lei, a causa delle minacce continue), lo ingiuriò e minacciò con un coltello. Sopraggiunti gli agenti sul posto per sedare la lite, subirono la sua resistenza. Luigia, secondo il racconto, li insultò e prese a calci e pugni, tanto che uno degli agenti presente, l'agente Peracchio riportò una contusione e finì in ospedale. Il coltello con il quale Luigia pare avesse minacciato lo zio non fu mai ritrovato.

Più complessa la vicenda di Vienna Maria L., nata a Ferrara, internata a 16 anni la prima volta, analfabeta e sarta di professione. Fu ricoverata due volte presso Il Santa Maria della Pietà, nel 1906 e nel 1908. Fu definita durante il primo internamento colta da pazzia morale. La diagnosi fu rettificata successivamente in psicosi mestruale su base isterica da parte dei medici e in deficienza etica da parte del Tribunale di Roma. Il questionario<sup>672</sup> compilato dai medici nella fase di degenza nella sala di osservazione riporta, riguardo l'internata, che non ebbe malattie gravi in tenera età, né visse episodi traumatici in grado di incidere sul suo equilibrio psichico. Era segnalata soltanto l'iperestesia e il carattere "*irascibile e insubordinato*", identificati come causa della tendenza a compiere furti fin dall'età di 12 anni. La storia trascritta nel Diario<sup>673</sup>, invece, fa emergere un vissuto familiare difficile e complesso. E' la stessa ricoverata a parlare di sé e a raccontare della sua famiglia, incentrata sulla figura materna. Vienna Maria parla di una madre che si sposò due volte, che fu abbandonata dal primo marito dal quale ebbe tre figli e dal secondo, dal quale ebbe altri tre figli . Racconta, rispondendo alle domande del Dottor Mingazzini, che la madre la costringeva a rubare il salame e il pane per lei e il suo amante e che qualora tornava a casa a mani vuote veniva picchiata e insultata. Durante il ricovero passò dal reparto delle agitate a quello delle tranquille, a seconda del suo comportamento. Spesso, si legge nel diario, rispondeva male alle suore, si strappava i capelli, compiva furti nell'ospedale. In un'occasione pare fu anche assicurata al letto con mani e piedi, ma riuscì a rompere le fasce che la legavano dando calci e pugni agli infermieri. A seguito dell'assenza di segnali della malattia per quattro mesi continuativi fu dimessa dai medici. Nella fase del secondo ricovero Vienna Maria, durante gli incontri con i medici, fornisce ulteriori

---

<sup>672</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 518/802, Cartella Clinica Maria Vienna L.

<sup>673</sup> *Ibidem*. Il Diario è un documento utilizzato dai medici del Santa Maria della Pietà per seguire giornalmente il decorso della malattia. Oltre a raccogliere le generalità dell'inferma si compone di sezioni specifiche per annotare le terapie somministrate, l'evoluzione della malattia e le risposte fornite dalla malata durante gli incontri con i medici.

informazioni sulla sua famiglia. Racconta di un padre lontano, poco conosciuto e che voleva raggiungere a Parigi, per sottrarsi alle angherie materne. Solo a seguito della promessa di essere condotta da lui modificò il proprio atteggiamento in manicomio, tanto da riuscire ad essere trasferita dal reparto delle agitate a quello delle tranquille. La diagnosi finale prodotta dal medico fu di deficienza etica.

Anche la storia di Matilde G. ci viene raccontata attraverso le parole trascritte nei documenti relativi ai suoi due internamenti, a distanza di pochi mesi l'uno dall'altro, nel 1906, sempre per ordine del Comando di Pubblica Sicurezza di Trevi. Senza fissa dimora, viene diagnosticata per il primo internamento affetta da stati psicotici transitivi su base di alcolismo cronico, deficienza etica, debolezza mentale e per il secondo internamento affetta da psicosi alcoolica e isterica. Nei documenti<sup>674</sup> prodotti dai medici, dopo il periodo trascorso in sala di osservazione, si racconta solo degli arresti avvenuti per rapina, oltraggio e oscenità pubblica. Sembra che Matilde sputava alla polizia e ai passanti che tentavano di calmarla. La versione riportata dalla detenuta è *“che i ragazzini per strada la chiamavano puttana e che poiché aveva bevuto più di sette litri di vino un giorno reagì male e aggressivamente agli insulti rivoltigli”*. Dal diario si evince un continuo passaggio dal reparto delle tranquille a quello delle agitate. La paziente racconta la sua storia di orfana di genitori e del suo lavoro di modella. A 14 anni fu vittima delle lusinghe di uno scultore dal quale fu deflorata. A causa di questo dispiacere si diede alla prostituzione, al vagabondaggio e al vino. La sua più profonda passione era per Vittorio Emanuele III, oggetto del suo amore e delle sue speranze. A lui scriveva lettere<sup>675</sup> dove implorava pietà per la fame, la sete e la sofferenza che viveva in manicomio, affermando con vigore di non essere pazza.

Tra le detenute del Santa Maria della Pietà anche Luigia M., di anni 25, coniugata, internata due volte, nel 1906 per ordine del Pretore del V Mandamento di Roma e nel 1908 per ordine del Tribunale di Roma. I reati imputatigli erano truffa e oltraggio. La diagnosi nel primo internamento è di deficienza etica e impulsività (fu riformulata in psicosi non costatata) e per il secondo internamento di deficienza congenita. Nel questionario di ingresso si parla di lei come di un'isterica grave, degenerata sessualmente ed immorale, incline al suicidio, con sensi alterati

---

<sup>674</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 1259, Cartella Clinica Matilde G.

<sup>675</sup> *Ibidem*. Si fa riferimento alle lettere scritte a mano dalla detenuta durante il ricovero al Santa Maria della Pietà

e molto irrequieta. Si annotano come terapia bagni e bromuri. Nel Diario si racconta invece dei suoi atti osceni (è stata portata in carcere perché si è alzata la gonna in tribunale) e del suo pessimo comportamento in prigione dove urlava contro gli agenti e rompeva molti oggetti. Durante il secondo internamento fu definita dal Dottor Bianconi esempio scolastico di delinquenza volgare, ma senza alcun ritardo. Interessante nel suo caso l'analisi della documentazione<sup>676</sup> proveniente dell'amministrazione carceraria che specifica che non essendoci disponibilità di posto nei manicomi giudiziari Liguria deve essere destinata al manicomio provinciale, con retta a carico dello Stato, fino ad avvenuta condanna. Il manicomio interpellato risponde che non ha disponibilità di posto. Segue nella diatriba, un'ulteriore lettera del Pubblico Ministero al Tribunale, che richiede a fronte degli atti processuali, contro la detenuta, e della relazione del sanitario delle carceri di ordinarne il ricovero di urgenza<sup>677</sup>. La detenuta avendo dato segni manifesti di pazzia era stata valutata un soggetto pericoloso per sé e per gli altri.

Un'altra storia di follia al femminile è quella di Virginia S.<sup>678</sup>, 25 anni, prostituta di professione, rinchiusa nel 1908, per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Trastevere in seguito ad ordinanza della locale Procura, per furto ad un uomo che l'aveva invitata a prendere un caffè. I medici si esprimono sul caso parlando di simulazione da parte della detenuta dello stato di follia, come scusa per sfuggire al carcere. Sulla relazione relativa al periodo di osservazione si legge che Virginia in carcere parlava di continui mal di testa e di sensazioni di pizzichi, tanto da dovere essere mandata in ospedale. Con il personale di custodia, si legge, si è mostrata sempre allegra e loquace, differentemente dal comportamento che aveva con i medici. Con loro era depressa e triste, silenziosa, non rispondeva alle domande. Le poche parole pronunciate raccontavano di ombre scure, animali, formiche, scarafaggi e bocche aperte pronte a mangiarla, di fiamme provenienti da un grosso forno e di un lungo animale nero. Durante gli incontri con il medico Virginia non fornisce dettagli sull'esperienza del carcere, solo successivamente palesa la volontà di non volerci tornare a causa dei comportamenti violenti dei custodi. In un

---

<sup>676</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 1895, Cartella Clinica Liguria M. Nella cartella sono contenuti anche i documenti amministrativi, prodotti dall'amministrazione delle Carceri, dal Tribunale e dall'Ospedale che hanno interessato la vicenda della detenuta.

<sup>677</sup> *Ibidem.*

<sup>678</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.2228, Cartella Clinica Virginia S.

colloquio oltre a esprimere il desiderio di voler andare via dal manicomio, esprime il desiderio di morire. Si trovarono sul polso sinistro piccole tracce di sangue.

Luisa C.<sup>679</sup>, di 21 anni, fu internata presso il Santa Maria della Pietà, dopo un tentato suicidio nel fiume Tevere e numerosi ricoveri in ospedale. Venne descritta nei tre internamenti subiti rispettivamente come deficiente etica con stati transitivi psicopatici, deficiente mentale con allucinazioni e ancora deficiente mentale e demente precoce. Nel questionario di ingresso si annota che aveva un fratello di 25 anni, genitori morti che bevevano e che aveva tentato più volte il suicidio. Durante la degenza ha assunto dei comportamenti insubordinati: urlava, alzava la mani, non dormiva la notte e creava disordine tra le pazienti che minacciava continuamente. Nella relazione della sala d'osservazione<sup>680</sup>, presente solo per il secondo internamento, l'inferma era descritta come un'apatica, poco recettiva, con allucinazioni uditive. Il carattere era descritto come poco socievole, l'attitudine al lavoro scarsa, di bassa qualità e stimolata solo dal compenso. Gesticolava frequentemente e parlava da sola, rifiutava il cibo. Il Dottor Montesano sosteneva che l'inferma "*pur avendo avuto vita allegra*" nel periodo di permanenza in sala di osservazione non ha manifestato comportamenti tali da farne ritenere necessario l'internamento in manicomio<sup>681</sup>. Nei colloqui con i medici appariva sempre taciturna, ma appena le veniva fatto notare questo suo atteggiamento, cambiava l'espressione triste con un sorriso. Il dottor Bianconi, differentemente dal Dottor Montesano si soffermò, nelle sue osservazioni, sulle allucinazioni e sulla sua forte capacità dissimulativa dimostrata da Luisa durante gli interrogatori<sup>682</sup>. Il dottor Bonfigli si concentrò sulla malattia, la deficienza morale, secondo lui iniziata a svilupparsi a seguito della depressione, dell'apatia e dell'insolenza. Le manifestazioni più eclatanti erano le allucinazioni, le fasi di eccitamento forti, l'assenza di sentimenti e uno spiccato erotismo. Venne segnalata, nonostante il suo comportamento ostile e svogliato, una certa tendenza all'ordine e alla pulizia<sup>683</sup>.

Anna B.<sup>684</sup> era la detenuta più anziana rinvenuta nei registri del Santa Maria della Pietà. Aveva 53 anni, era donna di casa, sposata, ma vedova al momento dell'internamento avvenuto

---

<sup>679</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4373, Cartella Clinica Luisa C.

<sup>680</sup> *Ibidem*.

<sup>681</sup> *Ibidem*.

<sup>682</sup> *Ibidem*.

<sup>683</sup> *Ibidem*.

<sup>684</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.//, Cartella Clinica Anna B.

per stato maniacale. Anche per lei i ricoveri sono stati due, il primo nel 1910 per ordine del Pretore del VI Mandamento di Roma e il secondo nel 1911 per ordine del Delegato di Pubblica Sicurezza del quartiere Celio. La diagnosi fu in ambedue i casi di stato maniacale. Nel questionario redatto prima del ricovero, la paziente veniva descritta come una donna attenta ai lavori di casa e che non aveva mai dato segnali di malattia mentale. I medici ipotizzarono l'insorgere della malattia a seguito della gelosia provata nei confronti del marito, che lei immaginava avesse una tresca con un'altra donna. Nella relazione del Dottor Giannelli<sup>685</sup> dopo la degenza in sala d'osservazione si legge che la paziente credeva di essere perseguitata, che non dormiva di notte e che era perennemente in stato di ebetismo. Nel Diario<sup>686</sup> invece si racconta delle sue tendenze suicide e del suo modo assurdo di esprimersi attraverso gesti sconnessi e un linguaggio proprio. *“Strillava, si dimenava, si spogliava, non provava affetto”*<sup>687</sup>. Nel diario, relativo al primo internamento, il Dottor Giannelli affermava che l'astinenza dall'alcol aveva reso la paziente più calma e capace di vivere autonomamente fuori dal manicomio. Nel diario relativo al secondo internamento, sempre per mano del Dottor Giannelli, veniva descritto il comportamento della paziente come scostante e variabile, in quanto passava da periodi di estrema tranquillità a periodi di forte agitazione, che spinsero i sanitari a trasferirla più volte nel reparto delle semiagitate. Anna amava camminare e andare in giro a piedi nudi. Un giorno, come si legge nel Diario, passeggiando scalza si procurò delle ferite ai piedi che diedero inizio a un'infezione che sviluppò un processo purulento. L'infezione si estese notevolmente e i medici non riuscirono a fermarla. Anna morì.

Ermelinda F.<sup>688</sup> affrontò l'esperienza dell'internamento per tre volte, nel 1906, nel 1908 e nel 1911, partendo dall'età di 18 anni. Prostituta, nubile e di cultura elementare fu diagnosticata al primo ricovero pazza morale su base isterica, al secondo affetta da psicosi allucinatoria su base isterica e al terzo come soggetto con “non constatata psicosi”. Sia il questionario che la relazione sulla degenza presso la sala di osservazione furono scarsamente completati e forniscono poche informazioni sulla sua storia<sup>689</sup>. Nel primo documento si certifica

---

<sup>685</sup>*Ibidem.*

<sup>686</sup>*Ibidem.*

<sup>687</sup>*Ibidem.*

<sup>688</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 525, Cartella Clinica Ermelinda F.

<sup>689</sup>*Ibidem.*

la pericolosità sociale della detenuta e la necessità di internamento per alienazione mentale. Nel secondo si racconta che la paziente aveva subito un precedente ricovero nel manicomio di Aversa. Durante il periodo di osservazione aveva mostrato frequenti allucinazioni e temperamento irascibile. Tentò il suicidio con un vetro con cui voleva tagliarsi il collo e passò molto del suo tempo a fare i dispetti alle suore. Nel Diario<sup>690</sup>, compilato dal Dottor Montesano, si parla delle sue allucinazioni. Sono di carattere visivo e riguardano la presenza di leoni. Sempre nel Diario si legge che la madre e il padre di Emerlinda sono morti insieme e che la donna ha tentato il suicidio perché delle voci glielo avevano suggerito. Alterna momenti di confusione a momenti di lucidità e sostiene che le suore hanno problemi con lei. Nel Diario<sup>691</sup>, redatto dal Dottor Biancone, durante il periodo del secondo internamento furono registrate invece le domande fatte alla paziente sul perché del tentato suicidio con il vetro e del tentativo di fuga che la spinse a nascondersi dentro un armadio per non essere trovata. Le domande non ebbero però risposta. Il Dottor Giannelli compilò il Diario<sup>692</sup> relativo al terzo internamento annotando che la paziente fu fatta uscire in passato dal Manicomio di Roma e che dopo essere arrivata da sola a Genova si diede alla prostituzione. Venne successivamente ricoverata nel Manicomio di Quarto dei Mille e poi di nuovo a Roma. Sono annotate sul diario anche le parole di Ermelinda che affermava che non voleva mangiare perché si sentiva presa in giro, perché le autorità le avevano garantito che l'avrebbero portata a casa e non in manicomio. La nota posta sull'atto di notorietà conferma che Ermelinda era ritenuta pericolosa e che per trasportarla al manicomio era necessario prestare molta attenzione, in quanto incline al suicidio e alla fuga.

Caterina A.<sup>693</sup>, di 24 anni, nubile, ma in grado di leggere e scrivere, fu internata solo una volta, nel 1911 per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Trastevere e diagnosticata come deficiente etica nel questionario iniziale. Nel documento<sup>694</sup> si racconta che la paziente aveva un fratello che entrò sette volte in manicomio, un padre bevitore e defunto e che fu educata in collegio. Ebbe da giovane la pleurite. In base alle parole della madre risultava avere un carattere irascibile e un atteggiamento contrario al matrimonio. Relativamente alla

---

<sup>690</sup>*Ibidem.*

<sup>691</sup>*Ibidem.*

<sup>692</sup>*Ibidem.*

<sup>693</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4487, Cartella Clinica Caterina A.

<sup>694</sup>*Ibidem.*

detenzione si annotava che era stata in carcere perché inconsapevolmente aveva favorito un furto e che in passato aveva minacciato di uccidersi e aggredito i propri familiari con un coltello. La paziente, interrogata dai medici circa l'aggressione ai familiari, spiegò che si era trattato di una reazione ai maltrattamenti subiti in casa. La relazione<sup>695</sup> della sala di osservazione, a cura del Dottor Giannelli, racconta altri dettagli. Parla di due fratelli (di cui uno in manicomio), di una madre sana e della passata esperienza in collegio di Caterina, dall'età di 3 a 19 anni. Dopo il Collegio Caterina, iniziò a lavorare come donna di servizio e ad abusare del vino, fino ad arrivare a compiere un furto con suo fratello e i suoi amici, per il quale scontò 11 mesi di reclusione. Dopo la detenzione rientrò in famiglia, ma manifestò subito la volontà di andare via. Minacciò prima la madre, poi il patrigno e il fratello con un coltello e un rasoio e successivamente provò a lanciarsi dalla finestra. Ai medici, che la interrogarono sui fatti, rispose che era pentita, che sapeva di aver sbagliato a rubare, che era stata istigata al furto dal fratello. Durante il ricovero passò molto tempo a pregare. Diventò collaborativa, aiutava le infermiere. Nell'ultimo Diario<sup>696</sup> della detenuta i medici parlano di contegno corretto e di consapevolezza della paziente dei comportamenti sbagliati, ma vissuti come conseguenza dei maltrattamenti subiti in famiglia. Caterina afferma di aver mentito perché voleva proteggere il fratello dal carcere assumendosi personalmente la colpa del furto.

Matilde F.R.<sup>697</sup> fu internata una sola volta, nel 1911, per ordine del Pretore del VI Mandamento di Roma, per sifilide e stato ipocondriaco. Scarse sono le informazioni sulla sua vita e scarsa anche la documentazione prodotta dai medici del Manicomio. Risultano solo poche frasi trascritte nel diario<sup>698</sup> da dove si evince che la paziente sosteneva che nell'ospedale dove era stata precedentemente ricoverata il medico curante "*le voleva molto bene*" e che un uomo geloso di questa attenzione per vendetta la fece trasferire al manicomio. In manicomio presentò forti problemi di incontinenza che la condussero al trasferimento in isolamento, a causa delle lamentele delle altre pazienti. Tra tutte le detenute risulta essere quella con più materiale consegnato nel guardaroba al momento dell'ingresso in manicomio. Nel verbale

---

<sup>695</sup> *Ibidem.*

<sup>696</sup> *Ibidem.*

<sup>697</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4390, Cartella Clinica Matilde F.R.

<sup>698</sup> *Ibidem.*

dell'amministrazione provvisoria n. 3547<sup>699</sup> si annota che essa aveva con se quattordici lire, due chiavi, una chiavetta, forbicette, quattro anelli di metallo giallo con pietre, un anello di metallo bianco, due orecchini con pietre blu, due spille con pietre blu e bianche, una catena di metallo gialla, un occhialino con la catena, un ditale di metallo giallo e una collana di perle gialla. Accusata e detenuta per calunnia, fu definita pericolosa nel documento dell'Ospedale Policlinico dove si leggeva che era “*demente, morfinomane e pericolosa a sé e agli altri*”<sup>700</sup>.

Adele F.<sup>701</sup> affrontò l'esperienza dell'internamento, per tre volte, tutte nel 1905 a distanza di pochi mesi l'una dall'altra. Le prime due volte per ordine del Pretore del V Mandamento di Roma e l'ultima per ordine del Commissariato Pubblica Sicurezza del Viminale. Detenuta per contravvenzione alla vigilanza, violenza e oltraggio (con una pena di 40 giorni), risultava diagnosticata con la formula di “non constatata psicosi”. Dalla lettura dei questionari e della relazione della sala di osservazione si evince anche per lei un quadro familiare complesso<sup>702</sup>. Nel primo questionario (primo internamento) è presente una dichiarazione del medico che afferma che la paziente aveva subito un processo di degradazione mentale tale da farla arrivare alla fase dell'imbecillismo. Veniva descritta senza sentimenti morali, abbrutita, impulsiva e violenta. Nel secondo questionario invece (secondo internamento) si riferiva del carattere insubordinato della paziente che rispondeva male a tutti, si faceva strada tra la gente con calci e pugni e creava problemi alle altre detenute. Adele, riferisce il medico, negli anni ha tentato più volte il suicidio, cercando di tagliarsi i polsi e strappando a pezzi una sottana da usare per strangolarsi. Il medico afferma anche che a seguito del suo stato mentale e delle sue condizioni fisiche non le si è potuto mettere la camicia di sicurezza perché si temeva una congestione cerebrale e capillare. Si sottolinea che nel soggetto è innata l'insubordinazione. Nel terzo questionario<sup>703</sup> si racconta invece che la paziente fu arrestata perché oltraggiava i passanti con inviti osceni. Pare che colta in flagrante dagli agenti mentre urlava reagì violentemente ad essi e si ribellò con calci e pugni. Anche in carcere il suo comportamento fu valutato pessimo, perché lanciava costantemente banchi e oggetti di ogni genere. Nella relazione<sup>704</sup> dopo la degenza in

---

<sup>699</sup>*Ibidem.*

<sup>700</sup>*Ibidem.*

<sup>701</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 672, Cartella Clinica Adele F.

<sup>702</sup>*Ibidem.*

<sup>703</sup>*Ibidem.*

<sup>704</sup>*Ibidem.*

sala di osservazione, redatta dal Dottor Giannelli, si pone l'attenzione sul contesto di provenienza di Adele e si specifica che nonostante fosse sempre stata trattata decorosamente dai genitori si era comportata come “*il flagello della famiglia*”. Era scomparsa da giovane due giorni con un uomo e non aveva mai raccontato nulla dell'accaduto, beveva più litri di vino al giorno, entrava in conflitto con tutti, soprattutto con le sorelle che offendeva con particolarmente veemenza quando avevano un corteggiatore. Le informazioni riportate sul Diario<sup>705</sup> sono abbastanza ripetitive. Quelle relative al primo internamento raccontano dei forti conflitti interni alla famiglia, in particolare con le sorelle a cui riservava comportamenti aggressivi e offensivi qualora avessero degli spasimanti e di un comportamento, durante il ricovero, abbastanza corretto tale da non farla sembrare pazza, semplicemente condizionata dai problemi con l'alcool. Nel diario del secondo internamento la malata, rispondendo alle domande dei medici, racconta, invece, che in carcere si è comportata volutamente male, perché era l'unico modo per riuscire ad ottenere quello che voleva. La superiora infatti in un'occasione per tenerla buona le diede due grandi bicchieri di vino. Non voleva essere sottoposta alla vigilanza di Pubblica Sicurezza, non voleva rientrare a casa e rispettare il rientro previsto all'ora dell'Ave Maria. Considerava la prostituzione una fonte di guadagno. Il carattere, a detta del medico, era sempre litigioso, con tendenze depressive e anaffettive.

Anna A.<sup>706</sup> subì l'internamento per 5 volte. Era contadina, analfabeta, sposata con due figli, diagnosticata affetta da psicosi epilettica. I primi quattro ricoveri avvennero a distanza ravvicinata l'uno dall'altro, tra il 1904 e il 1906, l'ultimo invece, nel 1914. Il questionario<sup>707</sup> riempito per il suo ingresso nel 1905 risulta non completo. Si annota che la paziente ebbe delle crisi epilettiche parecchi mesi prima del ricovero e che non parlava e mangiava. Camminava sempre con gli occhi fissi sugli oggetti. Nel questionario consegnato per l'anno 1906 si specificano pochi dettagli sulla pregressa vita familiare: il padre della paziente era stato in manicomio e lei aveva sofferto in passato di cefalea. Viene descritta come matta e irrequieta, minacciosa verso gli altri e con allucinazioni. Una notte, si racconta, che cadde dal letto e riportò

---

<sup>705</sup> *Ibidem.*

<sup>706</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 259, Cartella Clinica Anna A.

<sup>707</sup> *Ibidem.*

varie contusioni alla gamba destra. Altri dettagli si scorgono dalla relazione<sup>708</sup> della Sala di osservazione, compilata dal dottor Giannelli, nel 1904. Anna fu mestrata a 16 anni e si sposò a 23, ebbe cinque gravidanze ma solo due portate a termine. Subì un grosso spavento a seguito del crollo del tetto di casa. Fu complice del marito in un furto di guanciaie, ventresca, lardo e salsicce per il valore di 117 lire, penetrando nell'abitazione altrui con una scala. Il diario<sup>709</sup> sulla degenza è stato trascritto solo dal secondo internamento in poi. Nella prima stesura si legge di un iniziale stato confusionale e di un irrigidimento dell'inferma alla presenza del medico, con forti crisi allucinatorie soprattutto di carattere visivo. La paziente, interrogata dai medici, afferma che non aveva commesso nessun furto e che era in casa a dormire quando il marito tornò da lei con il cibo rubato. Dopo un po' di tempo, si annota nel Diario che le crisi scomparvero e che la paziente era presente e lucida. Nel diario<sup>710</sup> relativo al secondo internamento si racconta che fu portata dal carcere al manicomio in barella a causa dei continui attacchi convulsivi, manifestatisi davanti le suore e il medico. *“Anna cadde a terra, sbarrò gli occhi, si lamentò e si rialzò. Ricadde di nuovo”*<sup>711</sup>. In un'altra occasione in preda ad una crisi si scaraventò contro un'altra malata colpendola sul corpo con pugni e cercando di morderla. Per il terzo internamento i medici annotano l'alternanza tra giorni di tranquillità e giorni di eccitamento, in cui Anna non dorme e minaccia tutti. Dice di essere guidata da voci e colta da forti allucinazioni che la spingono a vagabondare senza meta per il manicomio. L'ultimo diario, relativo all'internamento del 1914 registra i precedenti ricoveri e ripete che l'inferma era stata arrestata per complicità in furti. Circa la malattia si segnalava solo che si era manifestata la prima volta in carcere, durante la detenzione. Fu definita pericolosa sulla base delle dichiarazioni del medico della direzione del carcere e dell'estratto di notorietà. Rispetto al suo percorso in manicomio è stato possibile rinvenire delle grafiche delle manifestazioni epilettiche verificatesi nei mesi di internamento, in cui si annotano oltre al numero delle manifestazioni anche le cure somministrate (bromuro e purganti). Nel fascicolo di Anna sono presenti anche delle lettere<sup>712</sup> scritte dalla madre, nel gennaio 1912 e nel giugno 1913, in cui chiedeva al direttore del Manicomio notizie della figlia, pensando fosse stata trasferita in altra sede. A

---

<sup>708</sup>*Ibidem.*

<sup>709</sup>*Ibidem.*

<sup>710</sup>*Ibidem.*

<sup>711</sup>*Ibidem.*

<sup>712</sup>*Ibidem.*

queste il direttore rispose che la paziente stava bene, che non c'era stato nessun trasferimento e che la figlia al momento era tranquilla. In un'ulteriore lettera del 16 agosto 1914 la madre tornò a chiedere notizie su Anna, cogliendo l'occasione per avvisarla del fatto, che ormai vecchia e inferma, sarebbe potuta venire a mancare molto presto. Non ebbe risposta. Con altre due lettere, del 24 agosto e del 18 luglio 1915, la madre scrisse ancora per ottenere quelle notizie sulla figlia che non arrivavano mai, supplicando di avere un riscontro, certa della morte imminente.

Non ebbe anche questa volta, nessuna risposta.

### *3.5 Lo spazio delle pericolose*

Parlare di luoghi e di spazi delle pericolose, significa anche indagare lo spazio oltre le caratteristiche fisiche e architettoniche dei grandi edifici di reclusione. Significa anche ragionare di spazio inteso come confine non solo fisico, ma culturale, significa ragionare di spazio come dimensione mentale in cui si svolgono intensi processi psichici e relazionali.

Le pericolose conducevano la propria vita di internate dentro un edificio, con confini fisici e luoghi ben definiti, sottomesse ad un personale medico che stabiliva dove e come passare il proprio tempo e vedevano la propria giornata, organizzata e programmata in ogni fase e sempre a stretto contatto con gli altri, prive di ogni sicurezza e soddisfazione, nella consapevolezza di non potersi esprimere se non nelle parole del medico. Lo spazio era per loro alterato, costruito ad hoc sulla condizione di malate mentali. Era uno spazio pensato per gestire la pericolosità attraverso terapie psichiatriche che dovevano intervenire sulle pazienti in una condizione di isolamento, lontana da una società che aveva come obiettivo la propria sicurezza e incolumità. Lo spazio su cui si ergeva il manicomio era quindi esso stesso strumento di esclusione sociale, idoneo a contenere le malate che creavano disordine con il proprio

comportamento. Di qui le alte mura di recinzione, per dividere e a tenere distante ciò che si discostava dalla norma<sup>713</sup>.

Il manicomio, istituzione totale<sup>714</sup>, ma anche organizzazione formale strumentale si manifestava nella forma di una costruzione o complesso di costruzioni adiacenti, chiuse da mura alte per la cura dei malati di mente e per rispondere alle necessità organizzative proprie. Una struttura che divideva, secondo la più moderna definizione di Goffman tra spazio e “spazio fuori del limite” o “oltre confine”<sup>715</sup>. Lo spazio era la dimensione fisica e legittima in cui l'internato doveva trascorrere la giornata, lo spazio oltre confine era il luogo fisico dove l'internato non poteva accedere. Per tutte le pericolose lo spazio possibile da vivere era quello dentro l'edificio, tutto il resto era fuori confine. Per quelle ricoverate trattenute in un reparto chiuso, come ad esempio quello delle delinquenti, lo spazio legittimo era quello delimitato dalla porta del proprio padiglione, fuori dalla porta invece era spazio fuori limite. Così come erano fuori limite molti uffici, studi medici, sale operatorie.

Segreto e nascosto era invece il territorio personale<sup>716</sup>, quel territorio che era spazio individuale dove le pericolose esercitavano un diritto privato di gestione e una totale autonomia organizzativa, decidendo esse stesse se condividerlo o no con gli altri pazienti. Questo spazio diventava da un lato un nido<sup>717</sup>, dall'altro un rifugio in cui sentirsi protette. Spesso identificato con la stanza singola, poteva facilmente essere una sedia, un angolo di pavimento, un radiatore. Il territorio personale era uno dei pochi posti dove sentirsi al sicuro<sup>718</sup>. Emblematico il caso di internate che si rifugiavano e nascondevano in posti angusti e piccoli nelle dimensioni, ma che erano percepiti come sicuri. Ermelinda, ad esempio, si chiudeva dentro un armadietto del

---

<sup>713</sup> F. Basaglia, *L'Utopia della realtà*, Fabbri Publishing, Milano 2014, pp. 53-55.

<sup>714</sup> E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010, pp. 33-38.

<sup>715</sup> *Ivi*, p. 249.

<sup>716</sup> *Ivi*, p. 263.

<sup>717</sup> E.S. Russel, *The Behaviour of Animals*, 2ed., Arnold, London 1938, pp. 69-73.

<sup>718</sup> H. Hediger, *Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals*, Butterworths Scientific Publications, London 1955, pp. 21-22.

guardaroba, per non essere trovata da nessuno<sup>719</sup>. L'armadietto era in questo caso una tana, un territorio personale dove solo la malata aveva il controllo sulla situazione<sup>720</sup>.

Un'attenzione specifica meritano, nell'analisi della dimensione spazio del manicomio i luoghi adibiti alla funzione di custodia per gli oggetti di proprietà degli internati, come il guardaroba. Tutte le malate al momento del loro ingresso dovevano abbandonare i propri oggetti personali e entrare prive di ogni elemento che le legasse al mondo esterno<sup>721</sup>. Erano spogliate di tutto, seguivano le procedure di rito che si ripeteva per ogni nuovo ingresso<sup>722</sup>. Indossavano abiti nuovi, uguali per tutte in virtù di un'eguaglianza di fondo, garantita dall'essere pericolose. Da qui l'uso dell'uniforme, necessario a rendere manifesta l'appartenenza ad una stessa categoria. Interessanti le osservazioni poste dal medico Benedetto Monti sull'uso di tale strumento di omologazione nella seconda metà dell'ottocento, quando la direzione del manicomio romano era del Cardinale Morichini. Il medico, con uno slancio quasi emotivo, sosteneva che tale abito produceva tristezza e sconforto nelle ricoverate, in quanto strumento di identificazione con la posizione sociale di "malato di mente"<sup>723</sup>. Individuando una relazione tra abito ed abitudini sosteneva che l'abito influisse sulle abitudini e che tale misura "[...] nella cura fisico-morale della mania, ove tutto deve tendere a suscitare nell'infermo idee giuste sulla sua posizione sociale, si va lungi dallo scopo vestendo ad un modo stesso uomini per nascita, per educazione, per stato diversissimi"<sup>724</sup>.

I luoghi e gli spazi delle istituzioni totali avevano anche una funzione pubblica come nel caso del parlatoio e dei reparti nuovi. Essi erano parte di un processo di "messa in scena"<sup>725</sup> istituzionale. Il fatto che fossero luoghi frequentati da persone esterne alla struttura, il primo

---

<sup>719</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 525, Cartella Clinica Ermelinda F., Diario.

<sup>720</sup> B. Bettelheim, *Feral of Children and Autistic Children*, in «American Journal of Sociology», LXIV, 1959, p. 548.

<sup>721</sup> E. Goffman, *op.cit.*, p. 270.

<sup>722</sup> Si usa l'espressione nel senso De martiniano del termine. Secondo l'antropologo italiano il rito aiuta l'uomo a sopportare una sorta di "crisi della presenza" che esso avverte di fronte alla natura, sentendo minacciata la propria stessa vita. Si legga a riguardo E. De Martino, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.

<sup>723</sup> G. Rocca, *Alle origini del manicomio. L'ospedale dei pazzi di Ancona*, FrancoAngeli, Milano 1998, pp.190-193.

<sup>724</sup> *Ivi.* pp.194-195.

<sup>725</sup> E. Goffman, *op.cit.*, p.129.

dai parenti degli internati e i secondi dalle personalità politiche, religiose e sociali, rendeva necessaria una maggiore attenzione nella cura degli ambienti. Il parlatoio aveva la funzione istituzionale di smussare la tensione che si poteva creare tra il visitatore e l'istituzione, qualora emergesse dai racconti dell'internato la reale descrizione delle condizioni di vita dentro la struttura psichiatrica, e soprattutto la funzione di convincere i non folli che il manicomio non era quel luogo grigio e tetro dove le persone venivano rinchiusi<sup>726</sup> e maltrattate.

Le visite, sia di carattere ispettivo sia quelle di apertura e inaugurazione, giocavano invece un ruolo significativo nel processo di costruzione nell'immaginario sociale dell'importanza del manicomio. Si notino a riguardo le numerose visite svolte negli anni presso il Santa Maria della Pietà, di carattere ispettivo, punitivo, o elogiative<sup>727</sup> fortemente legate all'immagine estetica della struttura<sup>728</sup>. Queste dinamiche di apparenza, oltre a rendere evidente il contrasto tra rappresentazione del manicomio e realtà manicomiali, erano il frutto di strategie di immagine mirate a nascondere bene la verità. Il fatto che nella struttura si ponessero in essere pratiche punitive non autorizzate<sup>729</sup> e non previste da regole, spesso in celle chiuse<sup>730</sup> e lontane dagli occhi degli altri internati ne fornisce conferma. È evidente che ciò che si nascondeva

---

<sup>726</sup> Secondo uno studio del Professore G. Modena (cfr. G. Modena, *op. cit.*, p. 2) le ragioni che avevano dato luogo all'aumento degli internamenti erano da ricercarsi in una diminuita prevenzione verso il manicomio, che appariva come ospedale vero e proprio capace di curare i malati, in una maggiore sensibilità sociale che spingeva le famiglie a non curare più i folli in casa, e nell'aumentata capacità di accoglienza in termini di posti letto.

<sup>727</sup> *Il Santa Maria della Pietà, attraverso le cronache dei visitatori* in <http://www.museodellamente.it/allegati/smdp.pdf>. Il documento raccoglie le testimonianze dei visitatori presso l'Ospedale Romano dal 1820 al 1913. Si fa riferimento alla visita di L. Valentin nel 1820, di D. Gualandi nel 1823, di B.A. Morel nel 1846, di F. M. J. Lefebvre nel 1860, di A. Brierre De Boismont nel 1864, di E. Billod nel 1884 e di R. Musil nel 1913.

<sup>728</sup> T. Parsons, *Introduction to Part Four. Culture and the Social System*, in T. Parsons, K. D. Naegle, J. R. Pitts (Eds.), *Theories of Society*, The Free Press of Glencoe, New York 1961, pp. 963-993.

<sup>729</sup> L'idea che si dovesse padroneggiare la mente del malato in ogni aspetto della sua esistenza rese la terapia morale un potente sistema di disciplina, che spesso si avvaleva di strumenti quali le intimidazioni, l'isolamento cellulare e le punizioni corporali. Notevoli furono gli strumenti creati per assoggettare e dominare i pazienti. Tra essi la macchina rotatoria, la morsa di legno per l'alimentazione forzata, la doccia a sorpresa. Si legga a riguardo B. De Fréminville, *La raison du plus fort*, Seuil, Paris 1977; trad. it di M. Pizzorno, *La ragione del più forte. Trattare o maltrattare i malati di mente?*, Feltrinelli, Milano 1979.

<sup>730</sup> L'isolamento, la ferrea disciplina, erano tutte parti del progetto terapeutico. Anche la repressione fisica era considerata preventivata in virtù del fatto che il folle, pur se curabile, nei momenti acuti della malattia era capace di compiere qualsiasi bassezza e di non provare nessun sentimento. Si legga a riguardo Ph. Pinel, *La mania. Trattato medico filosofico*, Marsilio, Venezia 1997, p.55.

all'internato, ciò che si mostrava all'internato e ciò che si mostrava ai visitatori erano parti di un ciclo quotidiano istituzionale, parti di uno stesso sistema ma con funzioni diverse.

Era la disciplina all'interno delle istituzioni a organizzare celle, posti, ranghi e a determinare la costruzione di spazi complessi "architettonici, funzionali e gerarchici"<sup>731</sup>. Questi spazi, una volta fissata la posizione dell'individuo, garantivano la circolazione e la possibilità di legami operativi. Si trattava di spazi misti, reali e ideali, perché da una parte stabilivano come dovevano essere costruiti edifici, sale e uffici e dall'altra su queste strutture proiettavano stime e gerarchie. "La prima delle grandi operazioni della disciplina è dunque la costituzione di quadri viventi, che trasformano le moltitudini confuse, inutili o pericolose in molteplicità ordinate"<sup>732</sup>. Nel manicomio le malate venivano definite in base al posto che occupavano e alla distanza che le separava dagli altri. Così avevano un nome in virtù del padiglione che occupavano, delinquenti, sudice, agitate, tranquille. Era il rango, il posto occupato, a fornire l'unità di misura e la possibilità di identificazione dell'individuo attraverso la localizzazione e la sua distribuzione all'interno della struttura. La disciplina determinava quindi le modalità di realizzazione degli spazi per le internate. Il Santa Maria della Pietà adottava il modello della disciplina-blocco<sup>733</sup> caratterizzato da spazi chiusi, recintati e finalizzato ad impedire la comunicazione, a interrompere la dimensione di vita dell'internato, a evitare comportamenti sbagliati. Esso costruiva la rigida separazione tra bene e male, divideva in maniera netta la società perfetta da quella sbagliata. Diverso il caso della disciplina-meccanismo che trovava la massima espressione architettonica nel Panopticon<sup>734</sup>. Questa costruzione mirava a ridurre il numero dei controllori ed a aumentare quello dei controllati, garantendo una sorveglianza costante e dichiarata, tale da sviluppare una pressione costante sul sorvegliato<sup>735</sup>, che consapevole di ciò, era indotto a evitare comportamenti inadeguati. Questo modello non ha mai trovato particolare applicazione nel manicomio romano, in virtù di spazi non adeguati a realizzarlo e della volontà della direzione ecclesiastica di lavorare sugli edifici esistenti, prevedendo al massimo l'acquisto di ulteriori stabili, vicini geograficamente alla sede centrale.

---

<sup>731</sup> M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1994, pp. 228-237.

<sup>732</sup> *Ibidem*.

<sup>733</sup> *Ivi*, pp. 213-247.

<sup>734</sup> J. Bentham, *Panoptique. Mémoire sur un nouveau principe pour construire des maisons d'inspection et nommément des maisons de force*, trad. fr. di Dumont E., Emprimerie nationale, Paris 1791.

<sup>735</sup> M. Foucault, *Sorvegliare e punire, cit.*, pp. 218-220.

## IV.

### Storie di vita manicomiale

#### *4.1 Dentro il manicomio*

Luigia, Giulia, Teresa, Esterina e Pasqua sono 5 delle 18 donne detenute che hanno varcato i cancelli del Santa Maria della Pietà tra il 1900 e il 1915. Sono 5 donne, tra le molte, che hanno vissuto l'esperienza dell'internamento manicomiale.

Le loro storie sono storie che emergono nella loro complessità attraverso la lettura dei documenti contenuti nei fascicoli personali e che vanno rilette nell'incontro con la follia. Sono storie che sarebbero rimaste silenziose se non avessero urtato contro i meccanismi del potere. Storie al limite, che si fermano in un punto, *“il punto più intenso delle vite, quello in cui si concentra la loro energia (che) è proprio la dove si scontrano con il potere, si dibattono con esso, tentano di utilizzare le sue forze o di sfuggire le sue trappole”*<sup>736</sup>. Il campo di ricerca si delinea intorno al confine tra pubblico e privato, tra vita vissuta, sapere scientifico e prassi istituzionale, attraverso i fogli conservati nell'archivio. Anche essi sono uno strumento dell'esercizio del potere che si esprime nelle pratiche amministrative e istituzionali<sup>737</sup>. L'art. 63 della legge n. 36 del 14 febbraio 1904 stabiliva che ogni fascicolo personale di ogni ricoverata doveva contenere *“i documenti relativi all'ammissione, i provvedimenti, le comunicazioni e la corrispondenza dell'autorità giudiziaria, di quella amministrativa e della famiglia, la diagnosi*

---

<sup>736</sup> M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, in A. Del Lago (a cura di), *Archivio Foucault, 1971-1977*, Feltrinelli, Milano 1994, p. 250.

<sup>737</sup> I. Zanni Rosiello, *Archivi e memoria storica*, il Mulino, Bologna 2000.

e il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato, e gli atti relativi al licenziamento”<sup>738</sup>. Il fascicolo quindi rappresentava l'istituzione. Descriveva e raccontava nelle sue pagine ciò che accadeva nella vita delle ricoverate secondo una visione tutta psichiatrica<sup>739</sup>.

Eppure in esso si leggono informazioni importanti sulle donne ricoverate, piccole descrizioni di comportamenti, sfuggenti annotazioni, discorsi, “*frammenti di etica*”<sup>740</sup>, intesi come “*ciò che scaturisce da ogni persona attraverso le parole che adopera per parlare di sé e degli avvenimenti, ossia una morale, un'estetica, uno stile, un immaginario e il suo particolare legame con la comunità*”<sup>741</sup>. Dai fascicoli emerge una dimensione tutta personale, privata, intima delle ricoverate in grado di mettere in luce la soggettività di queste donne, spesso ignorata e dimenticata dietro i discorsi scientifici e istituzionali. Si tratta di donne che attraverso la propria esperienza manicomiale evidenziano comportamenti, significati e valori che sono un ulteriore punto di vista sul proprio contesto di riferimento. La malattia mentale, sinonimo di pericolosità, destabilizzava la regolarità sociale e le relazioni in cui erano inserite le donne della comunità. La pericolosa, folle e amorale, deviante rispetto alle norme sociali, si poneva in contrasto con l'ordine accettato e in virtù di questo suo comportamento, subiva un'azione disciplinare mirata a reinserirla nelle regole o a allontanarla per sempre da tutti. L'azione disciplinare era parte fondante delle dinamiche di internamento e nel manicomio era “*pensabile solo sullo sfondo di pratiche e di saperi tesi alla costituzione dei parametri fondamentali della norma sociale*”<sup>742</sup>. Le folli, non adeguandosi alla norma, diventavano portatrici di stigma e ricevevano un'etichetta che stabiliva la loro diversità e le escludeva<sup>743</sup>. La follia era l'elemento distintivo per individuare e separare la donna ragionevole da quella irragionevole, che si esprimeva nello stereotipo della pericolosa. La società tutta, delle persone sane e di quelle malate, si presentava divisa in due grandi aree e osservabile da due angolature diverse. Da una

---

<sup>738</sup> Legge 14 febbraio 1914, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, in «Gazzetta ufficiale», 22 Febbraio 1904.

<sup>739</sup> A.G. Ricca, *Corpi d'eccezione, Storie di uomini e donne internati nel Manicomio di Aversa. 1880-1920*, Filema, Napoli 2006, p.10.

<sup>740</sup> *Ibidem*.

<sup>741</sup> A. Farge, *Il piacere dell'archivio*, Essedue Edizioni, Verona 1991.

<sup>742</sup> M. Galzigna, *Soggetto di diritto, soggetto di follia. Introduzione a J.E. Esquirol*, Marsilio, Venezia 1982.

<sup>743</sup> E. Goffman, *Stigma, l'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2012, p.13. Secondo l'interpretazione di Goffman le persone vicine allo stigmatizzato partecipano del suo discredito sociale. Questo fenomeno in parte potrebbe spiegare per lo studioso la presa di distanza dalla persona stigmatizzata e l'interruzione dei rapporti con essa.

parte i discorsi scientifici e istituzionali che giudicavano, specificavano, nominavano e determinano cosa essere in virtù di regole condivise, dall'altra i discorsi dei folli, apparentemente senza senso, privi di logica, espressione delle forme di resistenza alla norma e di sofferenza personale.

In questo capitolo si darà spazio alle storie di 5 detenute internate, presso il Santa Maria della Pietà che testimoniano il drammatico epilogo di vita affrontato da quelle donne che non si integravano e adeguavano alla morale. Il periodo di riferimento è quello che va dal 1900 al 1915, momento in cui la psichiatria italiana attraversava una fase di stabilizzazione e vedeva il manicomio come lo strumento per eccellenza per affrontare la follia. Uno strumento che pur nelle evidenti ambiguità di fondo e nelle mal celate istanze securitarie, aveva anche cercato di dare alla follia lo status di malattia, guaribile attraverso l'isolamento e l'allontanamento da quella vita che era fonte e origine del turbamento delle passioni, in un ambiente protetto dalla violenza del mondo esterno<sup>744</sup>. Il manicomio, infatti, era percepito dai medici e dai funzionari pubblici come un'istituzione preposta sia al controllo che alla cura delle folli, attraverso la totale gestione dei loro tempi e dei loro spazi<sup>745</sup>. Gli strumenti per mantenere il controllo e praticare la cura erano le ferree regole e le rigide sanzioni.

Osservare i documenti d'archivio, testimonianza di questi processi, significa trovare indizi sulla vita delle donne ricoverate nelle parole che i medici utilizzavano per descriverle, anche nei silenzi o negli spazi lasciati vuoti e non scritti. In un contesto scientifico apparentemente neutro questi elementi hanno avuto la capacità di restituire umanità alle detenute, ricoverate nel manicomio. Dentro i meccanismi di una struttura rigida e gerarchica, attraverso i diari e i registri si è aperta la possibilità di cogliere quelle soggettività che in maniera non sempre consapevole rispondevano e reagivano alla vita che gli era imposta. Donne che subivano la morale e che restavano intrappolate nella fitta rete delle relazioni di potere che incidavano profondamente sulla loro vita. Un potere che era esercitato dalla scienza sul malato, dalla legge sul criminale, e soprattutto dall'uomo sull'uomo e dall'uomo sulla donna. Nel

---

<sup>744</sup> O. Sack, *Il Dottor Hester, la signora Anna e l'elogio della follia*, in «La rivista dei libri», Gennaio 2010, <http://www.larivistadeilibri.it/2010/01/scaks.html> .

<sup>745</sup> E. Goffmann, *Asylums*, cit.

manicomio, che non sfuggiva alla logica dualista delle relazioni di potere<sup>746</sup> e che costruiva i rapporti sulla base di strutture fortemente gerarchizzate e di categorie normative rigide, si contrapponevano, al suo interno, anche le categorie del maschile e del femminile. Come la storica Joan Wallach Scott sosteneva “[...] il genere è un fattore primario del manifestarsi dei rapporti di potere”<sup>747</sup>. In questo contesto le differenze sessuali, il maschile e il femminile, erano stereotipi potenti nella vita quotidiana e anche nelle teorie scientifiche. Per questo le folli erano anormali, diverse dalle donne normali. Assumevano, nel loro essere anormali, modelli di mascolinità e di femminilità lontani dalle regole e dagli stereotipi proposti. Assumevano comportamenti in contrasto con i modelli accettati, che rivelavano il desiderio di rottura con le dimensioni esistenziali non ritenute idonee. Ed è in questo punto che si sperimentava anche una certa affinità tra maschile e femminile. Nel manicomio, uomini e donne, erano ugualmente impegnati a trovare spazi di autonomia e libertà dove esprimere la propria soggettività, anche se incarnando modelli percepiti come negativi.

La psichiatria stretta tra l’esigenza della scientificità e la complessità e vastità del proprio oggetto di studio era riuscita agli inizi del ‘900 a legittimarsi come sapere specialistico e come strumento di ausilio alle istituzioni nel controllo della devianza, per tutte le sue manifestazioni (criminalità, alienazione). Operava nel tentativo di racchiudere nelle nascenti nosografie il soggetto deviante con l’appoggio della legge, per riuscire a contenere e controllare i

---

<sup>746</sup> Si fa riferimento al termine dualismo nella versione proposta da Val Plumwood nel saggio “Dualismo: la logica della colonizzazione”. Per la studiosa il dualismo “*deriva da una determinata specie di fiducia negata ad un altro subordinato. Questa relazione di fiducia negata determina un’ inevitabile genere di struttura logica, nella quale la negazione e la relazione di dominazione/subordinazione modella l’identità di entrambi i soggetti correlati*”. Il dualismo avrebbe così un ruolo chiave nella filosofia occidentale per la costruzione di una sottostimata e demarcata sfera della diversità. Può essere visto “*come una forma alienata di differenziazione i cui il potere interpreta e costruisce la differenza nei termini di un mondo inferiore ed estraneo*”.

<sup>747</sup> J.W. Scott, *Il “genere”*: un’inutile categoria di analisi storica, in P.Di Cori, *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna 1996, pp. 307-348. La categoria di genere per la storica si riferisce alla costruzione sociale e culturale del maschile e del femminile. Ne sottolinea l’interdipendenza e la complementarità, pur nella differenza dei ruoli sessuali. Intesi in senso universale il maschile e il femminile appaiono come categorie ancorate al corpo e quindi strutturalmente determinate. Categorie che danno vita a precise rappresentazioni, stereotipi e sistemi normativi che sono alla base dei rapporti di potere tra i due sessi. Il binomio donna/natura e quello uomo/cultura hanno costituito per secoli la base universale dell’inferiorità sociale della donna. Come sostenuto dall’antropologa F. Heritier “[...] l’osservazione della differenza fra i sessi è alla base del pensiero, sia tradizionale, sia scientifico”. Il tutto avrebbe determinato il costituirsi di una logica dicotomica che tende a valorizzare operazioni di classificazione, opposizione, qualificazione, gerarchizzazione, griglie, in cui il maschile e il femminile si trovano racchiusi. Come categoria di analisi storica il genere tende a superare la semplice opposizione maschile/femminile e punta l’attenzione sulla reciprocità e relazionalità tra individui di sesso diverso, proponendo la relatività storica e culturale dell’identità di genere (cfr. F. Heritier, *op. cit.*, p. 6).

comportamenti pericolosi. Tutto ruotava intorno alla nozione di pericolosità come si evince dall'art.1 della legge Giolitti. L'articolo recitava *“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possono essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”*<sup>748</sup>. Riconducendo l'internamento alla pericolosità e allo scandalo, che si palesavano in specifici comportamenti individuali, l'attenzione si concentrava sul singolo e sulle conseguenze delle sue azioni sulla società, in un rapporto di causalità dove il folle era sempre causa diretta del pericolo stesso. La psichiatria e la scienza erano così uno strumento di sostegno alla società che a sua volta le legittimava a farsi carico della propria sicurezza e incolumità. Il medico specialista (regolamentato nella legge Giolitti<sup>749</sup>) ne era una immediata manifestazione. Era uomo di scienza e uomo di controllo, che operava dentro l'ambiguità di un potere che costruito in maniera artificiale su definizioni nosografiche si scontrava con le incertezze e il *“sapere della follia”*<sup>750</sup>. Era comunque l'unico che poteva esprimersi sul il soggetto da internare, così diverso dall'uomo perfetto o dalla donna perfetta descritti da Lombroso. *“La prima qualità dunque per lo sviluppo dell'uomo perfetto dovrebbe essere la sanità degli organi o la integrità così grande di alcuni da surrogare qualche difetto degli altri. Indi buon senso, buon cuore, buon umore; ma nessuna eccessività tanto nell'ingegno come nel sentimento, a cui si accompagnino una certa energia muscolare e volitiva e un certo grado di egoismo e d'ambizione, da fargli superare la tendenza naturale all'inerzia e prediligere sé e la famiglia alla patria, e la patria all'umanità, ma senza sorpassare le linee fissate dallo spirito pubblico dell'epoca, della casta, della razza, ecc. Per la donna perfetta (ne ho conosciute tre sole quasi perfette, fra queste una gobba) il sentimento può prevalere con l'intelligenza, almeno predomina la pietosità; occorre in più la bellezza del corpo, od almeno della voce e dei movimenti: ad ogni modo l'arte di supplirvi colla grazia e col gusto. Tutti gli estremi di temperatura esterna di ricchezza e di potere, o l'eredità morbosa*

---

<sup>748</sup> Legge 14 febbraio 1914, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, in «Gazzetta ufficiale», 22 Febbraio 1904.

<sup>749</sup> *Ibidem*.

<sup>750</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 27. L'espressione completa è *“La follia affascina perché è sapere. Essa è sapere in primo luogo, perché tutte quelle figure assurde sono in realtà gli elementi di un sapere difficile, chiuso, esoterico”*.

*difficoltano il formarsi dell'uomo perfetto*<sup>751</sup>. Un concetto di perfezione e di normalità che ben rappresentavano il contesto di riferimento e che stabilivano dei parametri per la formazione di modelli sociali così radicati nella mentalità comune da lasciar diventare “folle” chi se ne discostava. Si trattava di ideali normativi, immagini distinte di mascolinità e femminilità, basate su attributi estetici e comportamenti specifici che condizionavano e forgiavano il contesto sociale. Nella versione positiva e anche in quella negativa. Come sosteneva lo storico George Mosse “*La natura di uno stereotipo può essere vista nella giusta prospettiva soltanto affiancando l'ideale alla sua antitesi, in modo che l'uno rafforzi l'altro*”<sup>752</sup>. La concretezza di questi modelli e la loro diffusione era la conseguenza dei discorsi che li producevano. Mascolinità e femminilità erano ampiamente trattati nei testi scientifici, nella letteratura, nelle opinioni comuni e costruivano un immaginario collettivo che coinvolgeva ogni settore della vita, pubblica e privata. Si trattava di quel sapere che si realizzava in una pratica discorsiva<sup>753</sup>, che creava, nominava e orientava. “*L'identità maschile e femminile perdevano così il carattere sostanziale in quanto effetti di produzioni discorsive che tendevano ad attribuire un significato normativo alle differenze fisiche*”<sup>754</sup>. Tuttavia le persone avevano coscienza del proprio corpo e della differenza sessuale e su questo elemento modellavano i propri comportamenti sociali. Come la sociologa australiana Raewyn Connell suggeriva “*il senso fisico di essere maschio o femmina ha una funzione primaria nell'interpretazione culturale dei generi*”<sup>755</sup>. Il corpo diventava quasi un “*agente sociale*”<sup>756</sup>. Era il reale su cui agiva la rappresentazione del sé e dell'altro, pur se condizionata dalla rappresentazione di ciò che significava essere maschio o femmina nello specifico contesto culturale. Da qui le aspettative circa i ruoli maschili e

---

<sup>751</sup> C. Lombroso, *L'uomo perfetto*, in «Archivio di psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente», Vol. XII, in D. Frigessi, F. Giacanelli, L. Mangoni (a cura di), *Delitto, genio e follia*, Bollati Boringhieri, Torino 2000, p. 602.

<sup>752</sup> L. Mosse, *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997, p. 87.

<sup>753</sup> M. Foucault, *L'archeologia del sapere*, BUR, Milano 1999, p. 239. Per Foucault “[...] non ci sono saperi senza una pratica discorsiva definita; e ogni pratica discorsiva si può definire in base al sapere che essa forma”.

<sup>754</sup> A.G. Ricca, *op. cit.*, p. 71. A riguardo si legga M. Foucault, *Che cos'è un autore?* In M. Foucault, *Scritti letterari*, Feltrinelli, Milano 1996, p. 20.

<sup>755</sup> R.W. Connell, *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano 1996, p. 54.

<sup>756</sup> *Ivi*, p. 62. Per Connell “le azioni corporee riflesse di genere” costruiscono nel quotidiano la mascolinità e la femminilità, costituendo “un mondo che possiede la dimensione corporea, ma non è determinato biologicamente [...] Il mondo formato dalle azioni corporee riflesse di genere è un terreno politico: un conflitto di interessi in un contesto di disuguaglianza”. A riguardo si legga anche J. Scott che indica il genere “come fattore primario del manifestarsi dei rapporti di potere”, in J. Scott, *op. cit.*

femminili. Si ragionava di mascolinità egemone<sup>757</sup> (e per esteso di femminilità egemone) intesa come modello universale con cui le persone si confrontavano tutti i giorni e sistematicamente, creando però nello stesso tempo forme individuali di mascolinità e femminilità, sempre in rapporto ad esso.

Ragionare in questi termini sul manicomio significa indagare come la psichiatria nel suo trattare di malattia e devianza ha utilizzato le categorie universali del maschile e femminile<sup>758</sup>. I medici costruttori e portatori dei discorsi psichiatrici<sup>759</sup>, applicavano queste categorie nella relazione con le ricoverate, nell'elaborazione delle diagnosi e nella scrittura dei diari. Le donne ricoverate avevano quindi comportamenti basati sugli stereotipi, più o meno vicini alla norma, e venivano giudicate in virtù dell'aderenza ad essi. Eppure nel manicomio basato su una relazione che vedeva da una parte il medico e dall'altra la ricoverata in chiave subalterna, si poteva osservare che "dentro il recinto" sia gli uomini che le donne vivevano quello che le donne subivano nel quotidiano come conseguenza del pensiero egemone maschile<sup>760</sup>. I ruoli nel manicomio sembravano più fluidi in virtù di quella follia che dava spazio all'anormalità, fino a lasciar prevedere anche scambi tra le identità di genere<sup>761</sup>. Più che di mostrare l'esistenza della differenza di genere nel manicomio si tratta di verificare quanto l'identità di genere abbia

---

<sup>757</sup> R.W. Connell, *op.cit.*, p. 68.

<sup>758</sup> Si usa l'espressione di categorie universali del maschile e del femminile come un "a priori" universale che condiziona il modo di guardare il mondo. J. Scott si esprime polemicamente a riguardo definendo queste categorie "fantasmi della storia" (cfr. J. Scott, *Fantasy, Echo. History and the Construction of Identity*, Critical Inquiry, Winter 2001). Sandro Bellassai invece concentra la sua attenzione sugli intrecci che si realizzano tra la dimensione di genere e le altre dimensioni del processo storico. "Le vicende riguardanti il genere non possono essere considerate residuali, quasi che questo sia un ambito periferico a confronto di altre dimensioni del processo storico: le rappresentazioni di genere si intrecciano infatti con le evoluzioni dei gruppi sociali, dei circuiti economici, delle trasformazioni nella sfera dell'etica e della mentalità, delle dinamiche politiche, del dibattito scientifico, dello sviluppo letterario e artistico in senso lato: in ognuno di tali ambiti sono rintracciabili dinamiche che riguardano direttamente il genere". (Cfr. S. Bellassai, *La mascolinità contemporanea*, Carocci, Roma 2004, p. 8).

<sup>759</sup> L'espressione discorso psichiatrico è usata nell'accezione foucaultiana che vede il "discorso" come luogo dell'articolazione produttiva di sapere e potere, tendente a categorizzare l'individuo, fissandolo in una sua precisa identità e assegnandogli l'etichetta di soggetto folle. (Cfr. M. Foucault, *L'archeologia del sapere*, cit.).

<sup>760</sup> A.G. Ricca, *op. cit.*, p. 73.

<sup>761</sup> E. Goffmann, *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna 1969, p. 289. Goffmann sosteneva di considerare le identità non come qualcosa di fisso e definito, ma come il risultato localmente costruito delle interazioni che si sviluppano in specifici contesti culturali. "Il sé [...] non è qualcosa di organico che abbia una collocazione specifica, il cui principale destino sia quello di nascere, maturare e morire; è piuttosto un effetto drammaturgico di una scena che viene rappresentata".

fornito la base per i discorsi scientifici e le etichette nosografiche che confermavano e rafforzavano gli stereotipi prodotti nel contesto locale.

Le storie di Luigia, Giulia, Teresa, Esterina e Pasqua sono un'opportunità di riflessione circa queste tematiche. Attraverso i documenti relativi alla loro permanenza in manicomio è possibile verificare quanto gli stereotipi abbiano condizionato e determinato l'internamento stesso. Sono 5 donne, folli, ritenute pericolose dalla legge, condannate dalla giustizia, dalla medicina e dalla società. Sono 5 donne che hanno trascorso molti anni della propria vita entrando e uscendo dal manicomio romano nella speranza di non rientrarvi più. Sono 5 donne che non sono riuscite ad integrarsi e che, come vedremo in seguito, sono andate oltre la norma e oltre quei comportamenti che il loro essere donna consentiva. Nonostante le molteplici condanne sociali subite appaiono come donne forti, capaci di resistere e di dare voce alla propria sofferenza, tramite una condotta percepita dai più come mostruosa<sup>762</sup>. Si tratta di cinque esperienze di vita singolari, in fuga dal disagio. Cinque esperienze di vita che parlano di discriminazione, esclusione, dominazione. Immergersi nel loro mondo significa incontrare donne “senza uguali”<sup>763</sup> ma anche conoscere quella “solitudine che prova una donna [...] quando assume il rischio della sua propria singolarità che è semplicemente il rischio della libertà”<sup>764</sup>. Quindi donne diverse tra loro e con esperienze di vita differenti, che nel loro esprimersi liberamente hanno trovato una condanna. Una condanna, quella della pericolosità, che si sviluppa su più livelli e che coinvolge molte sfere dell'esistenza delle internate. Per la maggior parte di loro il percorso che le ha condotte alla diagnosi di follia è partito da una difficile situazione familiare (maltrattamenti, parenti con problemi, povertà, abbandono) e dalla

---

<sup>762</sup> Per condotta mostruosa si fa riferimento a tutta quella serie di anomalie comportamentali che interessavano la giurisprudenza e la scienza psichiatrica all'inizio del XX secolo. In questo periodo si passò dall'immagine del mostro inteso nelle sue rappresentazioni più estreme dell'antropofago e dell'incestuoso, a quello del mostro inteso come soggetto che compiva atti anomali, non necessariamente così terribili da essere ritenuti eccezionali. Il passaggio dal mostro all'anormale era conseguenza del cambiamento del sistema penale che si concentrava più che sul crimine in sé, sul criminale e sulla razionalità che ne determinava l'atto. Non bastava più dimostrare la demenza o la ragione dell'imputato, ma occorreva dimostrare il requisito della razionalità che dava origine al crimine e poi la razionalità dell'atto stesso. Questo principio determinò nel diritto la necessità di definire e caratterizzare la razionalità di un atto e quindi di distinguere tra un atto ragionevole e intellegibile e uno irragionevole e non intellegibile. Di qui il ricorso sempre più costante alla psichiatria, per provare a spiegare quegli atti irrazionali compiuti da soggetti razionali, a fronte del fatto che il potere punitivo non poteva essere giustificato se non si dimostrava l'intellegibilità intrinseca dell'atto. (Cfr. M. Foucault, *Gli anormali*, cit., pp. 103-115).

<sup>763</sup> J. Kristeva, *Seule une femme*, Edition de l'Aube, Paris 2007, p.7.

<sup>764</sup> *Ibidem*.

difficoltà di integrarsi nel proprio contesto. Passavano, poi, attraverso una giustizia, che le accusava senza avere sempre le prove necessarie per condannarle<sup>765</sup> e che si limitava a riportare la quiete per le strade. Arrivavano all'incontro con la scienza, passaggio necessario per l'ufficializzazione della condizione di folle, che operava e etichettava in virtù delle sue teorie e dei suoi trattati, per imporre la verità. Una verità indiscutibile perché non percepibile ai più, scientifica. Una volta che una donna era stata diagnosticata matta, non aveva più possibilità di salvezza, né di guarigione se non nelle parole del medico-psichiatra. La relazione che si instaurava quindi tra medico e ricoverata era una relazione di subordinazione. La malata nulla poteva contro la volontà e il sapere della psichiatria e nulla poteva contro quelle pratiche terapeutiche mirate a distruggere la consapevolezza del proprio sé<sup>766</sup>. Un percorso, quello manicomiale, che portava alla legittimazione dell'oppressione, che a sua volta trovava nella malattia una spiegazione accettabile per tutti. La malata subiva un processo di oggettivazione<sup>767</sup>, diventava un corpo sul quale il medico interveniva per stabilire la propria soggettività<sup>768</sup> e la propria supremazia. Con queste riflessioni non si intende sminuire quella parte della psichiatria che tanto si è impegnata per raggiungere rigosità e autonomia scientifica e per studiare i meccanismi della mente umana, ma ragionare partendo dal punto di vista delle protagoniste della sofferenza psichica, impossibilitate a difendersi ed esprimersi perché definite matte e incapaci. Rese inermi<sup>769</sup> dai propri salvatori. Le ricoverate del Santa Maria della Pietà, non erano solo donne diagnosticate folli e etichettate come pericolose, ma erano anche donne inermi, vulnerabili<sup>770</sup>. Donne che avevano come attributo qualificante quello della vulnerabilità intesa come caratteristica che le esponeva alla dipendenza dall'altro, alla sua cura e al suo oltraggio<sup>771</sup>. Le ricoverate spogliate della propria singolarità erano chiuse in un edificio dove tutto ciò che accadeva era legittimato dall'autorità della scienza e dall'obiettivo della cura. Vittime inermi, corpi strumentalizzati, in balia dei dottori che tutto potevano sulle stesse.

---

<sup>765</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3096, Luisa B.

<sup>766</sup> E. Goffman, *Asylums*, cit., p. 124.

<sup>767</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano 2010, p.120.

<sup>768</sup> *Ibidem*.

<sup>769</sup> A. Cavarero, *Orrosismo. Ovvero della violenza sull'inerte*, Feltrinelli, Milano 2007, pp. 30-35.

<sup>770</sup> *Ibidem*.

<sup>771</sup> *Ibidem*.

Un'esperienza estrema che spesso traeva origine nel dissenso interno alla famiglia di provenienza e nella resistenza alle istituzioni, che a loro volta innescavano come reazione, risposte ancora più violente. Le ricoverate del Santa Maria della Pietà erano avevano una condotta ritenuta irregolare da perseguire e da condannare. Avevano comportamenti anormali che non rispecchiavano la loro *“natura di donna”*<sup>772</sup> e che le allontanavano dai propri doveri, tutti interni alla famiglia<sup>773</sup>. *“Suo proprio ufficio è di attendere a’ doveri domestici, al governo della casa, all’allevamento dei figli, a fare economia delle sostanze della famiglia e a provvedere ai bisogni di questa. L’opificio la invola a tutti questi doveri [...] la donna non è più la moglie gentile, compagna ed amica dell’uomo, ma un suo socio di fatica e patimenti. Ell’è esposta in guisa da smarrire troppo sovente quella modestia di pensieri e di modi che ha tanta parte a custodire la virtù”*<sup>774</sup>. Le anomalie comportamentali erano riconducibili alla sfera più intime e personali delle folli. Appartenevano alla sfera dei comportamenti sessuali e dei rapporti familiari.

L’ambito della sessualità e delle relazioni affettive risulta quindi di particolare importanza nello studio delle detenute ricoverate al Santa Maria della Pietà di Roma. Nel corso dei secoli il discorso sulla sessualità aveva subito una progressiva restrizione passando da una certa disinvoltura dei costumi tipica dell’antichità<sup>775</sup> ad una morigeratezza tipica dell’epoca moderna<sup>776</sup>, *“epoca della repressione”*<sup>777</sup>. Partendo dal XVII secolo, la sessualità veniva ricondotta nella sfera dei rapporti privati e qui, in un certo senso restava confinata. Avanzava da una parte l’idea che per determinati atteggiamenti l’eccesso di ostentazione era sintomo di anormalità e dall’altra che la sessualità doveva essere inserita nella sfera dell’istinto e delle

---

<sup>772</sup> A. Alfani, *op. cit.*, p. 123.

<sup>773</sup> *Ibidem.*

<sup>774</sup> *Ivi*, pp. 124-125.

<sup>775</sup> Nel 1791 i controlli sulle meretrici erano stati aboliti in Italia perché si riteneva che un regolamento a riguardo sarebbe stato lesivo della libertà individuale.

<sup>776</sup> Dal 1811 in Italia, nei dipartimenti francesi, entrarono in vigore dei regolamenti che prevedevano per le prostitute l’iscrizione in un registro tenuto dal Commissariato di Polizia e tre visite mediche mensili. Si susseguirono negli anni ulteriori regolamenti che rispondevano, su ispirazione napoleonica, al principio del controllo medico e della registrazione nominale, senza però prevedere la carcerazione. Solo nel 1861, con un Decreto Luogotenenziale del Ministro Farini si arrivò, all’art. 112, a prevedere l’arresto per tutte le donne che “esercitavano clandestinamente” la prostituzione stabilendo che il Governo “nell’interesse dell’ordine, del costume pubblico e in quello della salute pubblica” poteva emanare regolamenti relativi alle donne “che si abbandonavano al meretricio”.

<sup>777</sup> M. Foucault, *La volontà di sapere*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 1988, p. 11.

pulsioni, naturalmente indirizzate alla copulazione. Tutto quello che non era rivolto alla copulazione o alla riproduzione automaticamente rientrava nella sfera della anormalità. La sessualità assumeva la forma di una minaccia, se non finalizzata al bene sociale. Non poteva essere soppressa completamente in virtù del forte valore sociale dato alla riproduzione ma doveva essere gestita e regolata attraverso meccanismi di controllo, applicabili a tutti. Il sesso diventava così un “affare di Stato”, quasi una questione di “*polizia, ma nel senso che si dava allora a questa parola, non repressione e disordine, ma sviluppo ordinato delle forze collettive e individuali [...] Polizia del sesso: il che non vuol dire rigore di una proibizione, ma necessità di regolare il sesso attraverso discorsi utili e pubblici*”<sup>778</sup>. Il controllo e le sue strutture, le istituzioni, entravano così nel quotidiano e nell’intimità dei singoli per gestirne e indirizzarne i piaceri. L’estrema importanza assunta dalla sessualità nel corso del XIX secolo si spiegava proprio in ragione del suo stretto legame con il “*controllo disciplinare, individualizzante*”<sup>779</sup>. Tendenzialmente il rapporto tra sesso e istituzione si strutturava come un rapporto di repressione, tanto che una sessualità troppo esuberante era punita attraverso l’isolamento non solo nei manicomi, ma anche nelle case di cura. In questo contesto tanta importanza ebbe la psichiatria nel cercare di osservare e analizzare i comportamenti irregolari legati alla sessualità, per stabilire la soglia, superata la quale, si poteva parlare di anormalità e procedere all’internamento. Il legame tra sessualità e devianza era diventato sempre più forte nel corso degli anni tanto che fu la legge stessa a fornire le indicazioni per distinguere le condotte accettabili da quelle non accettabili, le condotte giuste da quelle sbagliate, soprattutto quando i comportamenti anormali sessualmente furono assimilati a atti criminosi<sup>780</sup>, perché superando la sfera personale del singolo coinvolgevano più soggetti. Dall’individuale si passava al relazionale. Così l’onanismo, valutato innaturale e da ricondurre alle malattie mentali e ai comportamenti degenerati<sup>781</sup> e le “relazioni sessuali”, (riferendosi con quest’espressione a tutta la serie di comportamenti a carattere sessuale che un soggetto rivolgeva nei confronti di un

---

<sup>778</sup>Ivi, p. 26

<sup>779</sup> M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 1998, p. 217.

<sup>780</sup> Il rischio ritenuto più alto era quello legato alla trasmissione di malattie infettive. Nel 1891 con il “Regolamento sul meretricio”, nell’interesse dell’ordine pubblico, della salute pubblica e del buon costume (R.D. n.605 del 27 ottobre) il ministro Nicotera stabiliva il controllo di polizia sulle donne prostitute e prevedeva in caso di mancato consenso alla visita sanitaria obbligatoria, una equiparazione di trattamento delle prostitute alle prostitute infette, con l’invio delle stesse in strutture sanitarie dove gli agenti di pubblica sicurezza vigilavano perché la segregazione fosse “assoluta e completa” (artt.37-40). L’età per l’esercizio del meretricio era abbassata a 18 anni (art.34) e si modificarono, abbassandole, anche le tariffe per le prestazioni.

<sup>781</sup> M. Foucault, *Gli anormali, cit.*, p. 246.

altro) finirono per essere un problema di legge. “*Il rapporto tra le persone veniva controllato sulla base di ciò che era permesso e ciò che era proibito anche per quanto riguardava i rapporti sessuali, dal momento che il potere politico non aveva la capacità di vietare i piaceri dei singoli poteva quantomeno porsi nella posizione di regolarli. L’esigenza di controllo della sessualità non aveva come unico fine il contenimento dei comportamenti sregolati o addirittura criminali, il pericolo insito nel sesso era di natura biologica e medica: l’istinto sessuale era stato oggetto di un’analisi clinica così profonda da riconoscere tutte le patologie da cui il sesso poteva essere affetto ma anche le malattie che questo poteva trasmettere; si intuiva come il potere assumeva ora il compito-dovere di proteggere la salute pubblica*”<sup>782</sup>. Così in virtù dell’importanza data al sesso e alla sessualità il potere politico poteva svolgere minuziosi e costanti controlli sul corpo delle persone tanto da sviluppare “*tutto un micro-potere sul corpo*”<sup>783</sup>. Sessualità, fuori dai contesti consentiti (la casa e il matrimonio) era quindi devianza e pericolo. Sessualità femminile era devianza ancora più pericolosa perché posta in essere da un soggetto inferiore “*sulla base della sua imperfezione spirituale*”<sup>784</sup>. Gli stessi crimini commessi dalle donne, per una sessualità esagerata, rientravano all’interno degli ambiti di azione ritenuti esclusivi delle donne. Tra essi si riscontravano prevalentemente l’aborto, l’infanticidio e l’adulterio<sup>785</sup>. Tutti comportamenti strettamente legati alla condizione biologica femminile<sup>786</sup>.

Il corpo della donna era intriso di sessualità la quale, se non indirizzata verso le mete naturali dei rapporti coniugali e della filiazione, diventava segno di abnormità comportamentale. Questo tipo di pensiero era inserito in un contesto dove le donne erano inquadrare in ruoli prestabiliti, prima di tutto figlie, poi spose e madri (salvo scegliere il percorso religioso). La loro condizione sociale era delineata sulla base dei rapporti che esse

---

<sup>782</sup> L. Ferrajoli, *Diritto e ragione. Teoria e garantismo penale*, Laterza, Roma 2009, p. 818. La polizia era incaricata di prevenire e gestire il pericolo. La sua attività oltre a riguardare le misure di sicurezza contro disordini e rivolte e contro criminali e vagabondi, riguardava anche le misure necessarie per contrastare il rischio della diffusione delle malattie.

<sup>783</sup> M. Foucault, *La volontà di sapere*, cit., p. 129.

<sup>784</sup> D. Chapman, *Lo stereotipo del criminale. Componenti ideologiche e di classe nella definizione del crimine*, Einaudi, Torino 1971, p. 30.

<sup>785</sup> L’adulterio in Italia, era considerato reato solo se commesso dalla moglie. Fu depenalizzato nel 1970.

<sup>786</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, pp. 52-58.

avevano con gli uomini da cui dipendevano<sup>787</sup> e sui ruoli ordinari imposti dalla famiglia. Ogni possibile discorso sulla sessualità femminile, quindi, che esulava dalla finalità procreativa era facilmente riconducibile all'ambito della devianza. La prostituta, non sposata, spesso senza figli o con figli fuori dal matrimonio, era quindi una donna deviante. Tuttavia i suoi atti criminosi mancando di una vittima tradizionalmente intesa<sup>788</sup> in una prima fase (inizio '800) non risultarono sufficienti per farla catalogare come criminale a tutti gli effetti. Con il diffondersi del positivismo e con l'avanzare delle teorie antropologiche tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 invece si arrivò a considerarla alla stregua della donna delinquente<sup>789</sup>, come rappresentazione della massima regressione della donna normale<sup>790</sup>. Il legame tra il concetto di pericolosità e di degradazione appariva nella prostituta con grande evidenza. Essa minava la società nel suo nucleo fondante, la famiglia, e metteva a rischio l'onore e la rispettabilità di nobili e borghesi. La prostituta era nella mentalità del tempo, come Lombroso e Ferrero sostenevano, la rappresentazione del grado più basso dello sviluppo femminile<sup>791</sup>. Solo dopo di essa venivano tutte le altre rappresentazioni della devianza, sia di carattere atavico che degenerativo<sup>792</sup>. La donna, era biologicamente inferiore all'uomo e tra le razze inferiori semplicemente era quella che più assomigliava agli uomini, per forza d'intelligenza e promiscuità sessuale<sup>793</sup>. La deviante era un gradino ancora più in basso della donna normale nella scala sociale. Era priva di quell'educazione morale e religiosa che era "*condizione suprema di prosperità domestica e civile*"<sup>794</sup>. Non era educata al cuore<sup>795</sup>, ignorava quello che i "*due*

---

<sup>787</sup> La dipendenza non era solo economica e materiale ma anche legale. Secondo il Codice Pisanelli del 1865 la donna era giuridicamente sottomessa al marito.

<sup>788</sup> L'assenza di una vittima ha fatto sì che la prostituzione sia stata spesso assente in molti codici penali. Quando si è cercato di codificarla lo si è fatto rinviano a principi come la morale e l'ordine pubblico.

<sup>789</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, pp. 580-608.

<sup>790</sup> *Ivi*, pp. 51-59.

<sup>791</sup> *Ivi*, pp. 580-608.

<sup>792</sup> *Ivi*, p. 22. Per Lombroso la degenerazione era di origine sociale. Era considerata come il risultato di agenti esterni quali la tubercolosi, la sifilide e l'alcolismo. Provocava un invecchiamento graduale ed ereditario degli individui e della loro progenie. L'atavismo invece era considerato come una tendenza innata a tornare a uno stato primitivo. Nell'analisi della donna delinquente tuttavia lo studioso usava i due termini in maniera intercambiabile per spiegare le anomalie del carattere e il comportamento criminale.

<sup>793</sup> *Ivi*, p.19. Lombroso spiegava la differenza di genere con l'interpretazione Darwiniana. Tra le razze inferiori le donne erano quelle che più assomigliavano agli uomini, che si accoppiavano, cercando qualità femminili come bellezza, modestia e passività. Era l'evoluzione, attraverso la selezione sessuale a differenziare i sessi e a spingere l'uomo al dominio della sfera pubblica e la donna nella sfera domestica.

<sup>794</sup> A. Alfani, *op. cit.*, p.130.

<sup>795</sup> *Ibidem*.

*maestri per eccellenza*<sup>796</sup>, la natura e il cristianesimo, avrebbero potuto insegnare “*a qualsiasi congresso*”<sup>797</sup>. “*Il cristianesimo, esaminato a dovere, ci mostrerà che dobbiamo seguire le leggi della natura, che la donna è d’uopo conservarla nella condizione particolare in che la natura l’ha posta; se no, non abbiamo più donna, nel senso vero della parola. Giova istruirla; corromperla è delitto, come è delitto esaltarla con promesse e lusinghe impossibili ad effettuarsi perché contrarie alle leggi universali e all’essere morale del consorzio civili*”<sup>798</sup>. E ancora la donna trovava la propria condizione naturale nel matrimonio sacro, quello che esaltava la santità e che era vincolo indissolubile. Ed era proprio in questo matrimonio che “*la facilità a mutarsi in male è grande nell’uomo*”<sup>799</sup>. Vivere il matrimonio, infatti, come un contratto, senza dare il giusto peso al vincolo sacro, era l’origine delle sciagure della società<sup>800</sup>, come anche il non rispettare la promessa coniugale. La donna quindi esisteva nel matrimonio in virtù dei suoi doveri e meritava rispetto nel suo essere moglie e madre, nell’adempiere alle mansioni familiari e nel provvedere alla casa e ai figli. Solo qualora l’uomo non avesse dato la giusta attenzione e riconoscenza ad essa per l’adempimento dei doveri coniugali, avrebbe contribuito anch’esso alla disintegrazione della società. Le donne degeneravano quindi non solo quando non rispettavano i modelli sociali imposti ma anche quando “*non erano amate*”<sup>801</sup>.

#### **4.2 Teresa P.**

Teresa P., nata a Frosinone fu ammessa al Santa Maria della Pietà il 21 gennaio 1910, per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Trastevere. Aveva 30 anni, era di religione cattolica e sapeva leggere e scrivere. Fu ricoverata per una forma morbosa primitiva, specificata in stato depressivo su base isterica<sup>802</sup>.

---

<sup>796</sup> *Ivi*, p.133.

<sup>797</sup> *Ibidem*.

<sup>798</sup> *Ivi*, pp. 133-134.

<sup>799</sup> *Ivi*, p. 140.

<sup>800</sup> *Ibidem*.

<sup>801</sup> *Ivi*, p.141.

<sup>802</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Registro Nosografico.

Come risulta dalla circolare del Commissariato del 21 gennaio 1910 fu inviata in manicomio per essere sottoposta a perizia psichiatrica, in quanto accusata di omicidio, nella persona di Sciacca Olivia. Al momento del suo ingresso fu accolta in via provvisoria<sup>803</sup> per verificare le condizioni di salute mentale e stabilire se avesse compiuto il reato di cui era imputata nella piena coscienza delle proprie facoltà mentali. Dalla documentazione presente nel suo fascicolo personale non è stato possibile rinvenire il certificato medico del sanitario del Carcere di Regina Coeli, che ne ordinava la perizia psichiatrica<sup>804</sup>, né informazioni circa il suo comportamento durante la detenzione. Dal verbale di ammissione<sup>805</sup> invece si è riscontrato che Teresa al momento del suo ingresso in manicomio non portava con sé denaro né alcun tipo di oggetto.

Dal Diario<sup>806</sup> della ricoverata, compilato dal medico primario Giannelli, si evincono le prime riflessioni circa le sue condizioni di salute.

Al 22 gennaio 1910 si legge:

*“Entra nel riparto cui sta alle ore 19 circa. Urla molto, non ha riposato, è rimasta tranquilla non sudicia. Condotta davanti al relatore, cammina a passi lenti, lo sguardo è fisso, la fronte è solcata da rughe trasversali, le labbra chiuse, il respiro superficiale, intervallato da atti respiratori marcati. Interrogata sulle sue generalità risponde in ritardo e lentamente “non lo so!”. Invece ha risposto “Sì” alle domande “dove stai? Quando sei venuta qui? Dove hai dormito questa notte?” Invitata a mostrare la lingua e a porgere la mano per esaminare il polso, esegue la richiesta con estrema lentezza, quindi alla richiesta che professione faccia il relatore risponde con grande ritardo “non lo so!”. Messi gli arti superiori in posizione estesa lungo l’orizzontale, vi rimangono in posizione per un tempo maggiore del normale e poi si atterrano lentamente. Le punture di spillo anche profonde non procurano alcuna reazione. Le pupille non si dilatano sulla puntura sulla nuca. Talvolta tutto il corpo è scosso da un tremito a piccole scosse. Le pupille sono ampie. Iridi reagiscono alla luce. Spesso la paziente fissa il relatore che le si pone innanzi e volge lo sguardo in alto ed in basso con una certa rapidità.*

---

<sup>803</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Teresa P., , Documento della Direzione Sanitaria, Prot. Gener. n. 25739, tit. IX.

<sup>804</sup> *Ibidem.*

<sup>805</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella clinica Teresa P., Verbale di ammissione n. 2669 lettera B.

<sup>806</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Diario.

*Allora le pupille variano di ampiezza. Non vi è resistenza ai movimenti passivi agli arti superiori e inferiori. Sul muovere il capo vi è resistenza di grado medio soprattutto nella flessione anteriore e posteriore. Rotulei bruschi. Si è stati costretti ad introdurre il cibo nella bocca: rimaneva questa mattina seduta davanti alla tazza senza fare alcun movimento. Messo il cibo in bocca lo deglutiva bene. Quando l'infermiera la prende con sé sotto il braccio per condurla via, non presenta resistenza”<sup>807</sup>.*

Teresa appariva, dalle parole del medico, scossa e poco lucida, non autonoma nelle funzioni basilari come quella di alimentarsi. Era affetta da una forma di anestesia dolorifica, che non le faceva percepire il dolore qualora le venisse inferto. Nei giorni successivi il suo comportamento restava invariato e come annotava sempre nel Diario il primario la ricoverata si presentava assente, non collaborativa e timorosa nelle relazioni con gli estranei.

Al giorno 1 febbraio si legge:

*“Non vi è resistenza ai movimenti passivi. Si può attraversare con uno spillo una zona più interna senza alcuna reazione, neanche minima. Pupilla ampia. Durante il giorno lavora lentamente un po' la calza, va nel letto suo, [...]. Non è sudicia. Non risponde ad alcuna domanda. Essa ride in modo puerile. Se vede persone estranee non vuole allontanarsi dall'infermiera e si afferra ad essa con manifestazioni di paura.”<sup>808</sup>*

Al 10 febbraio:

*“Oggi come pure nei giorni passati l'inferma ha un contegno come di persona diffidente e sospettoso e risponde senza [...]. Per quanto si cerca di persuadere essa ... all'invito di farsi esaminare dai medici. Lavora tutto il giorno la calza. Per altro lo sguardo è errabondo, i lineamenti tesi, generalmente non parla. Riconosce però tutti i luoghi e gli oggetti di uso comune, mentre nei primi giorni non andava da se al cesso e non mangiava da se, occorreva imboccarla”<sup>809</sup>.*

---

<sup>807</sup>*Ibidem.*

<sup>808</sup>*Ibidem.*

<sup>809</sup>*Ibidem.*

Per i giorni successivi, fino ai primi di marzo, si annotavano sul Diario solo delle osservazioni sul peso corporeo, in lieve aumento. Si passava dai 68 kg registrati al momento dell'ingresso ai 74, 800 kg del 6 marzo.<sup>810</sup>

Teresa era nel manicomio per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Trastevere perché era stata accusata di omicidio. Era necessario valutare le sue facoltà mentali affinché il Tribunale potesse emettere una sentenza. Alla richiesta delle osservazioni sanitarie sulla detenuta, ai fini del processo, sollecitate dal Procuratore del Re<sup>811</sup>, il medico rispose<sup>812</sup> che l'esito dell'osservazione faceva diagnosticare uno “*stato stuporoso*”, malattia per la quale si riteneva necessario l'internamento definitivo. Tuttavia nel giro di pochi giorni la diagnosi venne modificata specificando che la proposta dell'internamento definitivo della detenuta, era conseguenza di una errata valutazione medica. Si specificava che a fronte del fatto che la perizia psichiatrica, del quale era stato incaricato il Dottor Giannelli con il collega Montesano, non era stata ancora conclusa occorreva solo che la Petrilli restasse ancora un po' di tempo dentro l'istituto<sup>813</sup>, per gli accertamenti del caso.

Seguirono altri giorni di osservazione, in cui le condizioni della ricoverata, sempre a detta del medico Giannelli, sembravano migliorare. Oltre a mostrarsi più attenta e vigile, Teresa appariva collaborativa con le infermiere, pur se silenziosa. Raramente si esprimeva e lavorava solo con le persone che conosceva meglio. Non lasciava trasparire emozioni né tendenze emotive, non chiedeva mai nulla dei familiari e del marito, rispondeva sempre “*non so*” alle domande e manifestava chiaramente la volontà di voler restare in manicomio.

Come si legge dal diario al 6 marzo 1910:

*“La paziente è notevolmente migliorata rispetto alle condizioni tanto mentali che corporee segnalate nei giorni precedenti. Difatti mentre prima passava la giornata in stato di completa coazione, senza profferire parola, rifiutando il cibo, ribellandosi a qualsiasi invito*

---

<sup>810</sup> *Ibidem.*

<sup>811</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3520, Teresa P., Documento Procuratore del Re, Prot. 1694 del 12 gennaio 1910.

<sup>812</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Teresa P., Documento Direzione Prot. Gener. n.26146 del 15 gennaio 1910.

<sup>813</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Teresa P., Documento Direzione Prot. Gener. n.26331 del 24 febbraio 1910.

*più elementare, per esempio muoversi, andare a letto, ecc., invece ora parla il giorno tranquilla senza abbandonarsi a stati di ansia. Obbedisce alle infermiere, mangia spontaneamente senza essere invitata o esortata. Anche la volontà che prima era completamente abolita ora comincia a tornare, infatti anche non incitata aiuta le infermiere, apparecchia la tavola, fa la calza ecc. In genere però parla poco condotta innanzi al Professore. La sua fisionomia apparisce indifferente, sebbene si noti una tinta leggermente melanconica. I lineamenti non sono tirati, però la fisionomia è poco nobile. L'attenzione è discreta, ma non molto vigile, sicché bisogna ripetere la domanda. La paziente comprende tutti i comandi elementari come alzarsi in piedi, mettersi a vedere, aprire la bocca, ecc. La percezione delle domande elementari pare corretta, ma alle domande che le si rivolgono risponde "non so!" Così per esempio "dove stai? Quanti anni hai? Di che paese sei? Dove sei nata? Ecc." Pare che non abbia un concetto neppure lontano del tempo e del luogo, però riconosce le persone con le quali sta a contatto, per esempio sa il nome delle infermiere con le quali cammina e non le scambia mai l'una con l'altra. In genere non sembra che presenti illusioni metaboliche di... né tanto meno allucinazioni. Non apparisce nessun sentimento affettivo, la paziente non domanda del marito, dei parenti e preferisce rimanere nel manicomio all'andare a casa. Anche quando aiuta le infermiere è silenziosa, di rado dice qualche parola”<sup>814</sup>*

Le condizioni della detenuta continuavano a migliorare nel tempo, come l'aumento del peso e l'atteggiamento laborioso testimoniavano. Tuttavia risultava impossibile raccogliere informazioni e dettagli sulle sue pregresse esperienze di vita e sul reato imputatogli. Il medico, per legge tenuto ad esprimersi sul suo stato mentale e a elaborare la perizia psichiatrica, vista l'impossibilità di ottenere risposte soddisfacenti durante i colloqui, il giorno 31 marzo le rivolse delle domande dirette e legate ai fatti criminosi per verificarne la reazione.

*“L'inferma è laboriosa, si occupa tutto il giorno nelle faccende di corsia sempre attiva, ma silenziosa. Parla qualche volta se interrogata, ma sottovoce, mangia molto. La notte riposa bene. Condotta davanti al relatore si mostra timorosa e si avvicina lentamente alla sedia sorridendo leggermente. Poi si mette a sedere restando immobile con il corpo, gli occhi fissi in basso che volge di tanto in tanto per guardare fuggevolmente il medico.*

---

<sup>814</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Diario, 1910.

*Le risposte che si ottengono dall'interrogatorio sono di una uniformità precisa: "non so, che ne so, non me lo ricordo". Così domandandole se Pasqua è venuta o no, quale è il suo Paese di origine, gli anni di età suoi, se ha fratelli, , sorelle vivi, se è mai stata a Frosinone è sempre la medesima risposta accompagnata da uno scrollo di spalle e da un sorriso fatuo. L'occhio guarda spesso lontano e fuggevolmente il relatore. Poiché alla reiterata domanda non si riesce ad ottenere nessuna notizia che modifichi la negativa, il relatore le fa a bruciapelo la seguente domanda: "Hai tu ammazzato qualcuno? La paziente rimane immobile, fissa in volto il medico, sembra che una leggera tinta rosea si diffuse sui pomelli e dice "che ne sono io? Lo so io che ho ammazzato qualcuno?". E sotto lo sguardo fisso del relatore la cornea le si fa lucida e gli occhi le si inumidiscono."»<sup>815</sup>*

In questa occasione per la prima volta vennero annotate delle reazioni emotive di Teresa, ripresentatesi nei giorni successivi (8 aprile 1910) quando le fu intimato di andare a casa sua. Teresa, infatti, reagì con vigore correndo per i corridoi e sostenendo che il manicomio fosse la sua nuova abitazione.

*"Ingiungendola di andarsene "Vattene a casa tua!", ed impedendole di passare per la porta che conduce al corridoio, l'inferma, fa violenza per entrare e insiste con energia, come invasa da un colpo di timore che le si impediva di tornare dove sta tutto il giorno. E avendole detto "questa non è mica casa tua, va a casa tua" risponde: "sì, è casa mia", ed approfittando di un momento opportuno corse con una certa velocità verso il dormitorio"»<sup>816</sup>.*

Anche l'11 aprile si verificò un ulteriore fatto che scatenò reazioni emotive nella Petrilli. Teresa era nella stanza della sala di osservazione quando fu condotta vicino a lei una donna di Frosinone, città da cui proveniva. Teresa arrossì notevolmente alla sua vista, anche se negò quando le fu chiesto di conoscerla. Per i giorni successivi seguono nel diario solo annotazioni sul peso corporeo che resta stazionario tra i 73 e i 74 kg.

Teresa nonostante i miglioramenti comportamentali si mostrava schiva nel rispondere alle domande che le venivano poste, manifestando reazioni più vivaci solo quando era minacciata di dover abbandonare il manicomio o se messa di fronte a situazioni non abituali. Le vennero

---

<sup>815</sup>*Ibidem.*

<sup>816</sup>*Ibidem.*

gli occhi lucidi quando le fu chiesto dell'omicidio imputatogli, e subì un brusco cambiamento di umore, quando venne sottoposta ad un interrogatorio pubblico, davanti ad una classe di studenti di medicina, sempre da parte del Professor Giannelli. Il giorno 29 aprile in una nota posta a margine della pagina del diario si legge:

*“Dopo che l’inferma fu presentata a scuola dal Professore e che fu interrogata in presenza di studenti, cambiò di umore e di contegno”<sup>817</sup>.*

Le informazioni che si evincono per i giorni successivi sono pressoché legate al peso e alla temperatura corporea.

Al 22 maggio 1910 risulta: *“La paziente si presenta cosciente, del tempo, del luogo e della persona e riconosce gli oggetti: quando ha compiuto qualche lavoro, domanda alle infermiere se lo ha compiuto bene o meno. Obbedisce ai comandi di esse, spesso sorride al medico. La paziente percepisce bene tutte le domande, ma con una discreta ritrosia..... le risposte sono date con lentezza. Asserisce di male ricordarsi se ha o no i genitori viventi. Asserisce di ignorare se abbiano 100 anni. Dicendole di andare a Frosinone dice: ”Preferisco di stare qui”<sup>818</sup>.*

Come le altre detenute presso il manicomio Teresa affrontò durante la permanenza in sala d'osservazione l'esame antropologico, che si rifaceva allo schema lombrosiano, affinché fossero raccolti i parametri e le misure delle varie parti del suo corpo e confrontati con quelli ritenuti nella media. Il cranio si presentava di forma ovoide, i capelli *“castagno”<sup>819</sup>* scuri e ben impiantati, l'impianto sporgente sulle tempie. La faccia presentava una leggera asimmetria, la parte sinistra era leggermente più sviluppata della destra, la fronte definita *“piuttosto alta con bozza frontale abbastanza visibile”*, gli zigomi sporgenti, il naso lungo, leggermente deviato verso destra. Per i medici la ricoverata non aveva valori rispondenti ai parametri medi posseduti da una donna normale e sana. Era naturalmente incline alla delinquenza<sup>820</sup>. Il suo corpo era una conferma del suo reato.

---

<sup>817</sup>*Ibidem.*

<sup>818</sup>*Ibidem.*

<sup>819</sup>*Ibidem.*

<sup>820</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*

L'elemento, tuttavia, peculiare che emerge nell'analisi dei documenti del fascicolo e nelle note del medico, era la volontà di Teresa di restare a vivere nel manicomio, quasi fosse per lei una nuova casa. Le sue reazioni e le sue risposte erano molto più consapevoli, lucide e decise quando veniva messa di fronte alla scelta di restare o andare via. La sua soggettività e la sua volontà si manifestavano chiaramente nel rifiuto di abbandonare il manicomio, in contrasto con l'atteggiamento assunto quando le venivano poste altre domande alle quali o non rispondeva o si esprimeva con un "non so". Emblematiche a riguardo le parole di Giannelli trascritte nella sezione Riflessi del Diario "l'esame della sensibilità da risultati contraddittori e forse può sembrare che la paziente simuli nelle risposte che da". Teresa preferiva il manicomio alla sua vita precedente.

Aldilà delle informazioni trascritte nel diario, si possono scorgere pochi ulteriori dettagli del percorso di Teresa nel Santa Maria della Pietà dalla corrispondenza tra la direzione del manicomio e la direzione delle carceri. A fronte della richiesta della direzione delle carceri giudiziarie, del 2 giugno 1910<sup>821</sup>, e della Procura del Re del Tribunale Civile e Penale di Roma<sup>822</sup>, del 3 giugno 1910, di ricondurre l'imputata presso il Carcere di Regina Coeli per comparire dinanzi alla Corte d'Assise, il giorno 10 giugno 1910, l'amministrazione del Manicomio rilasciava l'imputata, che veniva "ritirata" dagli agenti di pubblica sicurezza il giorno 4 giugno 1910<sup>823</sup>. Teresa quindi non restò, come voleva e sperava, in manicomio e affrontò il processo di omicidio. Fu prosciolta dall'accusa di follia.

### **4.3 Pasqua P.**

Pasqua P. venne ricoverata al Santa Maria della Pietà il 26 giugno 1909, per ordine del Tribunale di Roma.

---

<sup>821</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3520, Teresa P., Documento Direzione Carceri Giudiziare n. 22049 tit. 3.

<sup>822</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3520, Teresa P., Documento della Procura n. 6332 in risposta alla nota n.26331 del 24 febbraio 1910.

<sup>823</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Teresa P., Documento dell'amministrazione del SMP, n. 28254.

Nata ad Orvieto, aveva 36 anni e fu diagnosticata affetta da stato morboso. Proveniva dal Carcere delle Mantellate, presso cui era stata trattenuta per minacce, porto di coltello, violenza e resistenza agli agenti di Pubblica Sicurezza<sup>824</sup>. Era sposata, separata e riaccompagnata con Nazzareno, svolgeva attività di fruttivendola e fu inviata in manicomio affinché i medici verificassero le sue condizioni psichiche<sup>825</sup>. Non ci fu, nel suo caso, una formale richiesta di perizia psichiatrica<sup>826</sup>. Condotta in sala di osservazione fu esaminata dal Dottor Mochi che trascrisse nella relazione:

*“P. Pasqua in Sabatucci ha i genitori viventi, è separata legalmente dal marito convive con un certo Picci Nazareno da tre anni: è stata sempre di carattere irascibile. E’ estrema bevitrice, fin da ragazza. E’ venditrice di frutta. Ella ultimamente fece domanda al Municipio per ottenere la licenza di vendere in una strada, sembra che un impiegato le dicesse che non avrebbe avuto la licenza perché doveva andare a fare la cicoria. Da quel giorno divenne frenetica, diceva che era perseguitata dalle guardie: poi un giorno osservò che un’altra rivenditrice di frutta, benché non avesse la licenza, pure vendeva in quella strada quello che ella voleva vendere: ciò accrebbe il suo furore. La sera di San Giovanni stava all’orto, perché col Picci tengono in affitto una delle aree fabbricabili in Prati, che coltivano ad orto e vi si sono costruiti una baracca per abitazione, stava sbucciando una pesca con un coltellino e si lamentava come il solito dei torti sofferti, ad un tratto si pose a correre per la strada gridando parole sconnesse e tenendo il coltello in mano. I passanti erano allarmati dal suo contegno, si incontrarono a passare due carabinieri che l’afferrarono e la portarono alle carceri. Portata alla Caserma dei Carabinieri era agitatissima e dette un morso ad un carabiniere. Dalla Caserma fu condotta alle carceri e con ordinanza della Camera di Consiglio del Tribunale di Roma fu trasferita al manicomio di Roma, entrò il 26 Giugno 1909”<sup>827</sup>.*

---

<sup>824</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Ordinanza per le Camere di Consiglio n. 21626 del 27 giugno.

<sup>825</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Regio Tribunale Civile e Penale di Roma, Ufficio Istruzione Penale n. S97, sez. II.

<sup>826</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Direzione SMP, risposta al foglio n.897 del 10 luglio 1909.

<sup>827</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Relazione Sala d’Osservazione.

Emergono subito nella relazione tre elementi caratterizzanti, per la scienza del tempo, la personalità di Pasqua. Era separata legalmente, di carattere irascibile e estrema bevitrice. Tutti e tre questi elementi avevano valore negativo per la morale condivisa e denotavano in Pasqua la presenza dei sintomi della devianza<sup>828</sup>. Non era una donna che rispondeva ai requisiti della donna normale.<sup>829</sup>

Pasqua, come la relazione del Dottor Mochi, dimostrava era una donna che aveva il desiderio di vendere la frutta e la verdura che coltivava con il nuovo compagno di vita Nazzareno. Desiderava pertanto regolarizzare la sua posizione. Di fronte all'impossibilità di ottenere una licenza di vendita e preso atto del fatto che un'altra donna svolgeva per strada l'attività di vendita desiderata senza permesso, un giorno si innervosì e reagì molto violentemente, minacciando i passanti. Pasqua diventò subito per la legge e la gente che l'aveva ascoltata una donna pericolosa. Anche le sue caratteristiche fisiche confermavano il verdetto di pericolosa. Aveva dei capelli "castagno scuri" radi e spessi. Aveva la fronte bassa, le bozze frontali prominenti e gli zigomi sporgenti, aveva una natura primitiva<sup>830</sup>. Possedeva un naso piccolo, svasato alla base e alla punta, la mascella inferiore molto sviluppata. Le orecchie non erano impiantate alla stessa altezza.

Anche il suo comportamento non era ritenuto conforme alle regole. Dall'esame del trauma psichico, svolto durante la permanenza in sala di osservazione, la sua condotta veniva descritta inappropriata e sintomatica di disturbi psichici.

*“La paziente entra in manicomio in uno stato grave di eccitamento psico-motorio, gridava, inveiva contro tutti, si gettava a terra, talvolta si fermava come a guardare qualche cosa che ella sembrava vedere, nel camerino di isolamento ha fracassato un vetro, mandava sopra il letto ecc. Non era possibile avere risposte alle domande che le si rivolgevano. La mattina successiva si presentò più tranquilla, però si rendeva manifesto un disordine interiore notevole. Era disorientata per il luogo e per il tempo, diceva parole senza senso, chiamava ad alta voce un tal Nazareno, l'uomo con il quale conviveva”<sup>831</sup>.*

---

<sup>828</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*

<sup>829</sup> *Ibidem.*

<sup>830</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Relazione Sala d'Osservazione.

<sup>831</sup> *Ibidem.*

Nei giorni successivi l'internamento, il suo comportamento sembrò migliorare tanto che i medici decisero di svolgere dei colloqui con lei.

*“In seguito il contegno della paziente si è fatto sempre più corretto ed attualmente è buona, rispettosa, cerca di aiutare nei lavori le infermiere. L'attenzione è vigile, la percezione buona. Mentre nei primi giorni della sua degenza la paziente era in preda ad allucinazioni visive di diversa specie, ora invece le allucinazioni non esistono più. Vedeva tanti porchettoni, vedeva una processione sulle mura del suo camerino, si agitava a scene fantastiche”<sup>832</sup>.*

Pasqua appariva più tranquilla e in grado di fornire essa stessa delle spiegazioni circa l'accaduto e i reati che le sono stati imputati.

*“Non ha presentato mai idee deliranti di alcun genere, ora ella dice che tutto ciò che le è avvenuto è stato per la fatica che ella aveva dovuto fare e per il dispiacere a lei procurato perché le era stata negata la licenza di vendere ortaggi e frutta per la strada. Riguardo al fatto di ribellione alle guardie racconta che la sera di San Giovanni mentre stava a dormire nella sua capanna insieme al suo uomo, cominciò col sentire una voce che le sembrò quella del fratello dell'uomo col quale conviveva, tale voce diceva “Brutta porca!”. Ella ne ebbe grande paura e si lanciò fuori tenendo in mano un coltellino di quelli che servono a macerare le erbe. La paziente dice che le sembrava come se ci fossero intorno a lei tante streghe che la volevano prendere e portare via con loro, ella quindi fuggiva. Fu poi presa dai Carabinieri ai quali si ribellò, dando un morso ad uno dei carabinieri, ella dice che voleva che i carabinieri la difendessero dalle streghe che vedeva e sentiva. Fu condotta in carcere e continuò a sentire parole insultanti, tra le quali riconosceva la voce di una figlia di Nazzareno. La paziente all'ingresso era disorientata completamente, poi è andata gradatamente orientandosi”<sup>833</sup>.*

Pasqua, in base alle osservazioni svolte dal Dottor Mochi, era consapevole dei fatti accaduti e soprattutto era in grado di fornire le motivazioni che l'avevano spinta all'aggressione. Non parlava di disturbi o di malattia, ma di fatica e ingiustizia, del desiderio di lavorare per sé e per il suo compagno Nazzareno, che raccoglieva le sue attenzioni e il suo affetto:

---

<sup>832</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Diario.

<sup>833</sup> *Ibidem*.

*“I sentimenti affettivi sono bene mantenuti e l’inferma ricorda con rammarico di essere rimasta orfana in tenera età, ed ha parole di affetto per l’uomo con il quale ella convive. Sentimenti morali bene sviluppati. La paziente ha sufficiente cura della propria persona, mangia volentieri, non è sudicia”*<sup>834</sup>.

La diagnosi al 14 luglio 1909 fu confermata in stato di eccitamento.

Per Pasqua l’esperienza manicomiale durò meno di cinque mesi di internamento, dal 26 giugno al 19 novembre 1909, durante i quali fu a causa delle allucinazioni, di carattere prevalentemente religioso, anche assicurata al letto con le fasce e posta in camera di isolamento. Nel diario al giorno 6 luglio 1909 si registrava infatti:

*“Molto migliorata, le allucinazioni sembrano scomparse. Orientata per il luogo e per il tempo. Più tranquilla: non vi è più necessità di tenerla in camera di isolamento e assicurata. Ora è in letto in corsia”*<sup>835</sup>.

Le notizie riportate sul diario tuttavia sono frammentarie e riguardano solo il primo mese di internamento. L’ultima annotazione è del 12 luglio 1909 e segnala esclusivamente il peso corporeo, che è di 55 kg.

Dalla documentazione presente nel fascicolo si intuisce che Pasqua potrebbe essere entrata e uscita più volte nel manicomio durante i cinque mesi di degenza indicati nel registro nosografico. Infatti a fronte delle richieste del Regio Tribunale Civile e Penale di Roma del 7 giugno 1909<sup>836</sup> in cui si chiedevano informazioni sullo stato di salute dell’inferma, seguiva una lettera del Procuratore del Re in cui si informava che, con ordinanza del 17 luglio, la Camera di Consiglio aveva dichiarato non luogo al procedimento penale contro la Pimboni Pasqua, in ordine al reato di minaccia a mano armata, per aver agito in “infermità di mente”<sup>837</sup>. Pasqua così era diventata di competenza del manicomio civile che il giorno 21 luglio 1909 stabilì le

---

<sup>834</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Relazione Sala d’osservazione.

<sup>835</sup> *Ibidem*.

<sup>836</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Regio Tribunale Civile e Penale di Roma, Ufficio di Istruzione Penale, 7 giugno 1909.

<sup>837</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Procuratore del Re di Roma n. 21983 del 19 luglio 1909.

sue dimissioni e la riconsegnò libera nelle mani del compagno Nazareno<sup>838</sup>. Tuttavia dal registro nosografico risulta invece dimessa il 19 novembre 1909<sup>839</sup>. Si ipotizza quindi un secondo internamento, di cui non vi è traccia documentale.

A prescindere dal numero degli ingressi in manicomio, Pasqua definita dalla scienza e dalla giustizia una donna pericolosa *“la controscritta P. Pasqua, detenuta nel carcere delle Mantellate, siccome imputata di minacce, porto d’arma e violenze contro la F.P. ha dato segni di alienazione mentale. La Camera di Consiglio presso il Tribunale ritenuto che la Pimboni è pericolosa a sé e agli altri, con ordinanza odierna che allego, ha ordinato l’immediato internamento delle su in codesto manicomio. All’uopo o mezzo dei militi Pat. Croce Bianca e agenti di F. P., le invio costei, con preghiera della S.V. Ill.ma di accoglierla e di avvertire preventivamente questo ufficio della eventuale dimissione dell’inferma. Unisco pure relazione medica”*<sup>840</sup>, guarì *“dalla pericolosità”* in meno di 5 mesi.

#### **4.4 Giulia M.**

Giulia M. entrava nel Santa Maria della Pietà il 6 marzo 1906 per ordine della Questura Centrale di Roma<sup>841</sup> e usciva il 21 ottobre 1906. Aveva 37 anni, era di cultura elementare e di religione cattolica. Secondo i medici del manicomio era affetta da paranoia cronica con episodi allucinatori.

Nel questionario, contenete le informazioni necessarie per valutare l’idoneità per l’ingresso in manicomio, non risultano trascritte notizie sulla sua vita pregressa. Solo nella sezione n. 19 denominata *Osservazioni*<sup>842</sup> si leggono le parole del medico Procacci che in data 6 marzo scrive:

---

<sup>838</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Direzione SMP n. 22037 del 22 luglio 1909.

<sup>839</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P., Registro Nosografico.

<sup>840</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Pasqua P., Commissariato Distrettuale di Pubblica Sicurezza di Trastevere del 21 giugno 1909.

<sup>841</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Cartella Clinica, Giulia M., Registro Nosografico.

<sup>842</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Cartella Clinica, Giulia M., Notizie che si richiedono per l’ammissione dei ricoverati, Prot. n.883 – 1136.2490.

*“Da 10 anni ha abbandonato l’abito monacale. Si recò subito a Palermo per sfuggire i commenti dei suoi genitori e cittadini. A Palermo restò per qualche tempo tranquilla, ma abbandonò Palermo per sottrarsi alla corte di un cancelliere. Si recò a Messina, ma qui senza sua colpa incominciò ad essere oggetto di una persecuzione da parte di tutti. Essa sentiva accuse, minacce ed insulti rivolti al suo indirizzo, tanto che per sottrarsi ad ogni pericolo pensò di recarsi a Bari ove sperava di ritrovare la sua pace, ma si ingannò. I suoi nemici la seguirono, e lungo il viaggio udì le loro offese, le loro minacce, che quasi si associavano anche gli impiegati ferroviari. Giunta a Bari trovò gente che l’attendevano gridando “ Via la monaca”. E essa si è ripartita subito alla volta di Roma, dove ha trovato gli stessi suoi inimici, dove patì le stesse offese, le stesse minacce e le stesse accuse più turpi, anche queste contro la sua virginità e per dimostrare la sua virginità ha domandato oggi stesso una visita al Policlinico. Per gli esposti fatti dichiaro che la M. è affetta da paranoia con delirio di persecuzione e allucinazioni sensorie che la rendono pericolosa. Sicchè è urgente sia ricoverata al Manicomio”<sup>843</sup>.*

Interessante la nota a margine del questionario esaminato dove la Direzione del manicomio ribadisce la necessità di rispondere in maniera accurata a tutte le domande poste nel modulo e di annotare tutte le notizie e osservazioni che possono essere d’aiuto *“della scienza e dell’infermo”<sup>844</sup>*. Nel caso di Giulia, nonostante la sollecitazione, il questionario resterà incompleto per la maggior parte dei quesiti.

Giulia era stata monaca di carità e aveva trascorso molta parte della sua vita viaggiando da una città all’altra, in Italia, nel tentativo di fuggire dalla sua famiglia e alle relative pressioni. Appariva di carattere difficile e dispettoso, poco incline a rispettare l’autorità paterna, ma di fatto *“essa non compie nulla di veramente pericoloso”<sup>845</sup>*. Eppure come si legge nell’Ordinanza della Regia Questura di Roma, venne internata d’urgenza in quanto affetta *“da paranoia con delirio di persecuzione tale da rendersi pericolosa”<sup>846</sup>* e successivamente dichiarata idonea

---

<sup>843</sup> *Ibidem.*

<sup>844</sup> *Ibidem.*

<sup>845</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Cartella Clinica, Giulia M., Relazione Sala di osservazione.

<sup>846</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Segreteria Generale SMP n.883 fasc. IV, allegato 1

all'internamento definitivo<sup>847</sup>. Proveniva dal dormitorio pubblico dove si era presentata la notte del 3 marzo per riposare e dormire<sup>848</sup>. Dopo quella notte fu inviata in manicomio. Condotta in sala d'osservazione, per una prima diagnosi, venne valutata, come molte delle altre ricoverate, sulla base di dati antropometrici considerati non in linea con i parametri di una donna "normale". Essa aveva "*cranio regolare, rotondeggiante; fronte larga, ampia, alta, asimmetria per inserzione più bassa dei capelli a sinistra. Fosse frontali notevolmente distaccate. Bulbi oculari alquanto prominenti, volta del palato dura, ampia e a forma di K, alquanto allungata. Padiglione dell'occhio destro più staccato ed inserito più indietro del sinistro, antelice a destra prominente sull'elice, le curve antelici particolarmente a sinistra sono poco accentuate*"<sup>849</sup>.

La sensibilità<sup>850</sup>, invece, non presentava tratti definiti come anormali.

*"Lieve esauribilità dei muscoli facciali di sinistra alle contrazioni, qualche tremore grossolano della lingua protesa, tremori vibratorii delle dita delle mani estese, più accentuate a destra. Diminuita la forza muscolare, deboli i riflessi tendinei degli arti superiori, pronti i riflessi periartici ulnari e radiali a destra, non si provocano a sinistra. Pronti i rotulei vivaci gli addominali e i plantari. Iridi mobili alla luce e all'accomodazione, nessun fatto notevole a carico della sensibilità specifica e generica"*<sup>851</sup>.

Le note psichiche si concentravano sugli aspetti più evidenti del disturbo mentale, caratterizzato da un'eccessiva tendenza al sospetto e dall'ostilità generalizzata verso tutti, dalla quale nascevano, per i medici, idee deliranti e di persecuzione, allucinazioni e illusioni uditive e visive "*di contenuto insultante*"<sup>852</sup>. Nella relazione della Sala di Osservazione veniva, invece, registrato il costante e continuo aggravamento della sua condizione psichica. La mania di persecuzione all'inizio veniva descritta come una persecuzione rivolta solo verso le persone con le quali Giulia aveva avuto un contatto. Con il passare del tempo, invece, sembra essere rivolta anche verso estranei o persone che Giulia incontrava per la prima volta. Sono indicati tra i fattori che contribuirono al peggioramento del suo stato di salute mentale lo stress, le

---

<sup>847</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Direzione, Part. n. 598, fasc. IV.

<sup>848</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Congregazione di Carità, Direzione del Dormitorio Pubblico Vicolo del Falco, n. 17.

<sup>849</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Cartella Clinica Giulia M., Relazione Sala d'Osservazione.

<sup>850</sup> *Ibidem*.

<sup>851</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. //, Cartella Clinica Giulia M., Relazione Sala di osservazione.

<sup>852</sup> *Ibidem*.

condizioni di assenza di sonno e di fame. *“Da notare che i disturbi si aggravano quando per un motivo qualsiasi il soggetto si indebolisce nelle condizioni psicologiche, perde sonno, non mangia, viaggia etc. E’ allora che si vedono evidenti i fenomeni allucinatori e le idee deliranti, nei periodi di calma e di riposo producesi invece il semplice sospetto e non di rado anche un dubbio sulla realtà delle idee nutrite e delle voci sentite. Per spiegare una rete così fitta di persecuzioni contro di lei il soggetto ha concepito che tutta una intera società potentemente organizzata e con numerosi affiliati, la mafia, ce l’avesse con lei per aver una volta a Palermo insultato il genero della sua padrona di casa che doveva appartenere a questa società”*.

Nella relazione si legge anche che sotto il profilo emotivo Giulia non presentava assenza di sentimenti morali, piuttosto evidenziava una scarsa emotività verso i parenti, specialmente quelle più intimi *“Bene e spiccati i sentimenti morali e religiosi, poco gli affetti, specie quelli parentali. Bene mantenute le concezioni in rapporto alla soddisfazione dei bisogni fisiologici”*<sup>853</sup>.

Dai documenti presenti nel fascicolo personale si apprende che i problemi di Giulia nacquero dentro la famiglia, nella casa parentale, dove l’instabile e controverso rapporto con il padre aveva innescato il prodursi di una serie di eventi che incisero profondamente sulla sua crescita. Il padre, nonostante i dissidi con la figlia, era un uomo molto presente e attento. Molte le lettere e le comunicazioni inviate di suo pugno alla direzione e ai sanitari dell’Istituto. La prima lettera pervenuta nel fascicolo di Giulia è del marzo 1906 ed è una lettera in cui venivano narrate le vicissitudini della famiglia Maccini, colpita negli anni da varie malattie e “*guai*”. La lettera descriveva la discendenza materna e paterna e raccontava gli attributi fisici e psichici dei membri familiari e gli episodi ritenuti più significativi della vita di tutti i parenti.

*“Ill.mo Signor Dottore*

*L’altro giorno parlando dello stato di mia figlia qui reclusa, indicai un mio cognato affetto di mania di persecuzione, ma poi preso da un sentimento di avversione allo scoprire le... piaghe dei miei parenti fui reticente e negativo in altre domande che mi furono fatte. Oggi*

---

<sup>853</sup>*Ibidem.*

*poi a mente fredda e spinto da amor di genitore, che detto non è secondo a nessun altro amore farò alla S.V. una minuta esposizione dei guai della famiglia da cui derivo e dove vivo.*"<sup>854</sup>

Giulia era figlia di Pietro M., nato da Manfredo M., *"uomo di quei tempi: buono, galantuomo"*<sup>855</sup>. Il bisnonno ebbe 10 figli, 5 maschi e 5 femmine. Dei maschi quattro furono destinati al sacerdozio e *"uno alla prosecuzione della famiglia"*<sup>856</sup>. Tutti furono destinati ad una *"vita onorevole"*. Il primo indirizzato agli studi di teologia morì a venti anni, di etisia, il secondo e il terzo morirono *"buoni parroci e preti"*<sup>857</sup>, a più di 80 anni, di mal di cuore. Il quarto era *"mio padre"*, che visse da *"galantuomo"* e morì a 70 anni di mal di cuore. L'ultimo invece ebbe una vita più difficile. Morì a 72 anni e affrontò l'esperienza della follia *"studente di filosofia impazzì, furioso nei primi due anni, si calmò diventando ebete, dopo una cura di doccia fredda, mai ripreso, morì a 72 anni"*<sup>858</sup>.

Delle 5 femmine tutte si sposarono, ebbero figli e morirono in età anziana.

Il nonno di Giulia si sposò con Giovanna L., dalla quale ebbe 8 figli, tre dei quali morirono da bambini. Il terzo in ordine di nascita era Pietro. *"Il terzo sono io, gottoso e classificato tra gli apoplettici per una emorragia retinica avuta, 2 anni sono, all'occhio sinistro. Nel 1860 andai volontario di 16 anni. Questo fatto impressionò talmente la mia povera mamma che diventò paurosa, taciturna, melanconica e l'avvio alla pazzia e visse in uno stato di immoralità assoluta per due anni, morì per caduta"*<sup>859</sup>.

Da parte della nonna paterna la famiglia risultava composta da bisnonni che morirono tutti e due di vecchiaia, lasciando sette figli, tre maschi e quattro femmine. Dei tre maschi il primo morì molto giovane *"rachitico, gobbo e alquanto squilibrato di mente"*, il secondo invece di vecchiaia. Era gesuita e di carattere burbero. Il terzo invece studiò filosofia e voleva fare il prete. Costretto dal padre a dare seguito alla discendenza abbandonò gli studi e si sposò senza avere figli. A 35 anni aprì una Banca popolare a Piacenza, emettendo azioni a 50 lire *"ne comprò molte, ne comprò sempre, né si accorgeva che era lui l'autore del rialzo delle azioni"*

---

<sup>854</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. //, Giulia M., Lettera paterna, marzo 1906.

<sup>855</sup> *Ibidem.*

<sup>856</sup> *Ibidem.*

<sup>857</sup> *Ibidem.*

<sup>858</sup> *Ibidem.*

<sup>859</sup> *Ibidem.*

*che lo spingeva a comprarne sempre. Finalmente se ne accorse, ma si perdette talmente d'animo che non volle più sortire di casa. Visto ancora bene il suo patrimonio, ma i suoi ultimi anni li passò chiuso in casa e vedeva la sola sua moglie. Dispose, in ultimo, delle sue cose, non solo come sano, ma anche come savio”.*

Delle quattro figlie femmine, la prima fu sana di mente e robusta di costituzione. Di carattere moderato e morì a 75 anni. La seconda ebbe molti figli, la terza era la nonna di Giulia, e la quarta morì a 50 anni tistica dopo aver avuto molti figli, tutti morti bambini.

Da parte materna la famiglia era composta dal bisnonno di Giulia, Francesco S., descritto nella lettera come uomo pallido, magro e alto, buono, di vita normale. Morì a 50 anni di colera, lasciando sei figli maschi e quattro femmine. Dei maschi *“tutti ebbero vita normale” meno uno, professore di ginnasio, affetto da mania di persecuzione al punto di pensare alle dimissioni con un tempo, lontano dalla pensione, minore di due anni. E’ di specchiata moralità, vive solitario, solo in scuola si manifesta uomo. Sugli altri 5, parte vivi, parte morti, nulla vi è da dire”*<sup>860</sup>.

Delle quattro femmine due risultavano vive al momento della stesura della lettera e due morte. La più grande lasciò un figlio che in qualche modo sembrava a Pietro *“una copia o l’originale di codesta mia figlia”*. Dalle parole di Pietro risultava che *“studiò non so perché, all’istituto e al Liceo, si impiegò nell’amministrazione della P.S., fu mandato in Sardegna, là fu preso, e si spiegò chiaramente, la mania di persecuzione. Scrisse a suo padre, che a mezzo di qualche deputato amico, lo facesse richiamare dalla Sardegna, ma facesse presto perché la sua vita era in pericolo. Non aspettò l’esito scappò e venne a casa abbandonando l’impiego. Girò di qua e di là vagabondo, senza scopo specifico. Fu arrestato a Parma in uno stato miserando di sconvolto e affamato. Fu avvisato suo padre che lo andò a prendere e lo condusse al manicomio di Piacenza e ve lo lasciò due anni. Ora è da più di 20 anni che sta chiuso in una camera, e solo esce di notte, tardo, per far provvigione di acqua per il giorno dopo. Null’altro, nulla avvi di anormale”*<sup>861</sup>.

L’ultima figlia è la moglie di Pietro, sana e robusta di costituzione, affettuosa, devota alla famiglia, ma provata dal dolore e dalle preoccupazioni che ebbe dai figli. Uno dei maschi morì

---

<sup>860</sup>*Ibidem.*

<sup>861</sup>*Ibidem.*

bambino, gli altri tre e una figlia risulta che ebbero invece una vita regolare. Nulla, però sembrava bastare a colmare le “tribolazioni” che Giulia, ultima nata procurava.

Inizia qui la descrizione di Giulia, attraverso le parole del padre, sofferente e desideroso di fornire ai medici gli elementi necessari per guarire e riportare a casa la figlia. Era una bambina sana e gioiosa fino alla tenera età, educata secondo i principi cattolici “sani, severi, sinceri”<sup>862</sup> e frequentante la scuola privata. A 18 anni, a causa di problemi di lavoro, legati alla crisi agraria, fu costretta a trasferirsi in campagna con i genitori, dove non soggiornava volentieri. Desiderava sposarsi e avere figli, soffriva l’impossibilità di conoscere uomini che potevano volerla come sposa. “Ebbe, una volta, a dire a sua madre “se fossimo rimasti in città forse mi sarei maritata, ma in campagna....., non aveva amanti”<sup>863</sup>. Da quel momento, secondo il racconto del padre Giulia si rabbuiò, diventò silenziosa e dispettosa e nonostante i tentativi della famiglia di “addolcirla” non si riscontrarono in lei cambiamenti di umore, anzi si osservarono dei peggioramenti nel comportamento fino a che “venne un tempo che non volle più alzarsi dal letto, si faceva portare da mangiare a letto, ove dicendo di essere ammalata, rimaneva sempre oziosa. Una domenica, erano due mesi che non si alzava, mandai tutti a messa, rimasi a casa solo io e lei in letto. Andai a tagliare un bastoncino verde di salice pieghevole e mi recai nella sua camera: “Alzati le dissi severamente”. “Sono ammalata” mi rispose. “Non è vero niente, alzati o ti picchio” ripetei alzando il bastone. Essa si copri meglio e non rispose. Allora la picchiai sulle gambe per due o tre volte. Saltò giù dal letto e scappò per la corte in casa d’una famiglia di contadini gridando. La seguii, la feci tornare in casa e sempre col bastone alzato la mandai nella sua camera a vestirsi. Si vestì la mandai in sala vicino al fuoco, eravamo nel principio di gennaio, e le dissi che l’avrei sempre trattata così se fosse rimasta a letto più del solito senza motivo. Venne a casa da messa la famiglia, si meravigliarono della presenza della figlia in sala e io raccontai tutto. La mattina dopo si alzò con gli altri e venne in sala con gli altri. “Così mi piace” dissi e getterò il bastone. Essa mi gettò le braccia al collo e piangendo mi disse “Hai fatto bene a trattarmi così, mi sento meglio, non ti farò mai più andare in collera”. E così fu, ma fu sempre triste, svogliata e taciturna come prima”<sup>864</sup>.

---

<sup>862</sup>Ibidem.

<sup>863</sup>Ibidem.

<sup>864</sup>Ibidem.

La famiglia affrontò un ulteriore trasferimento, a seguito della decisione di iscrivere uno dei figli maschi all'università. Giulia decise, in quegli anni, di provare la strada della monacazione e fece richiesta di accettazione a molteplici ordini. Dopo una serie di rifiuti decise di diventare suora di carità ed entrò nell'ordine come postulante nel 1892. Durante il periodo in convento si ammalò di artrite, perché si era recata al cimitero con un'altra suora e era tornata in convento con i piedi completamente bagnati. Fu trasferita a Torino per essere curata. Il padre riuscì ad andare a trovarla e a parlare con lei. Colse nelle sue parole il desiderio di andare lontano in posti nuovi, dove poter vedere e conoscere altro. *“Caro papà prega Iddio che sia scelta per andare all'estero, là vivrei da apostolo fervente, qui languirei di noia e d'inedia”*<sup>865</sup>. Le sue speranze furono nuovamente disattese e si vide mandata a Ceprano D'Adda, piccola borgata della provincia di Bergamo. Nonostante in un primo momento, sembrava le cose procedessero per il meglio e che la Madre Superiora e le compagne fossero molto soddisfatte del lavoro di Giulia, a marzo fu inviata una lettera alla famiglia, da parte della Madre Visitatrice di Torino, affinché Giulia venisse ritirata dall'ordine delle suore di carità perché *“per indole e carattere non adatta alla loro comunità”*<sup>866</sup>. Il padre il 7 marzo andò a riprenderla. Da quel momento l'umore di Giulia peggiorò di giorno in giorno, diventando sempre più cupo, triste *“cattivo”*<sup>867</sup>. Giulia espresse alla famiglia il desiderio di andare in America, come se non si fosse mai spento in lei il desiderio di fuga da una dimensione percepita troppo limitativa. Chiese gli alimenti al padre per realizzare il suo progetto. Pietro per evitare di essere citato dinanzi all'autorità giudiziaria stabilì per la figlia una quota di 30 lire al mese. Giulia ottenuto tale accordo, prese qualche centinaio di lire, un bauletto con le sue cose e partì senza salutare nessuno e senza fornire indicazioni sulla sua destinazione. Ricontattò dopo qualche mese la famiglia per chiedere aiuto e sostegno economico. Lo ricevette tramite la figura del Padre Guardiano dei Cappuccini al quale Pietro si era rivolto affinché vegliasse sulla figlia che sosteneva nelle sue lettere di essere ridotta in miseria tanto da dover mangiare alla mensa dei Cappuccini. *“Scrissi però al Padre guardiano di quei Cappuccini, Padre Angelo da Castel... che mi scrivesse se era vero che una donna giovane, così e così, andava a prendere la minestra al suo portone. Mi rispose che non era vero, ma se avevo bisogno di lui avrebbe fatto quanto desiderato. Lo trovai un vero padre, cercò di farla entrare convivitrice in uno Istituto di vecchie*

---

<sup>865</sup>*Ibidem.*

<sup>866</sup>*Ibidem.*

<sup>867</sup>*Ibidem.*

*religiose, cercò ancora di farla entrare nelle Suore di carità ed ottenne tanto l'una che l'altra, ma mia figlia non ne volle sapere, anzi sembrava seccata dalle premure di questo buono, vecchio padre. Egli mi scrisse tutto minutamente e consigliò di lasciarla quieta, salvo a riprendere la cosa nel caso d'un cambiamento*<sup>868</sup>.

Pietro tentò di seguire da lontano la figlia raccomandandola anche a una maestra presso la quale alloggiava in Sicilia. Ben presto Giulia cambiò casa nuovamente e il padre abbandonò la comunicazione con la maestra. Ulteriori notizie di Giulia si ebbero nel 1904 da Messina, quando chiese nuovamente soccorso al padre, invocando perdono e sostenendo di essere malata. Pietro questa volta chiese conferma dello stato di malattia della figlia all'Arcivescovo della città, che incaricò un parroco di andare a trovare la ragazza per verificarne le condizioni. Anche in questo caso la risposta di Giulia non fu positiva. *“Il parroco andò, trovò mia figlia, le domandò come stava, se era prima d'allora stata ammalata e che la sua famiglia desiderava, a mezzo suo aver nuove di lei. Mia figlia rispose “Scriverò io direttamente alla mia famiglia” e lo piantò. L'Arcivescovo mi scrisse in questo scopo e mia figlia non mi scrisse in nessun scopo”*.

Dalle lettere scritte da Pietro emerge chiaramente la difficoltà nel far fronte alle continue richieste di Giulia e il desiderio di non abbandonarla. Le lettere continuarono anche durante l'internamento in manicomio della figlia. Pietro scrisse alla Direzione del Santa Maria della Pietà *“quello che mi spinse a fare questa relazione è certamente per giovare alla scienza ma molto di più per giovare alla povera ammalata*<sup>869</sup>*”* e chiese in cambio solo un'accortezza. *“La prego di un favore e mi perdoni ancora: faccia la gentilezza a cui spettano le qui unite lettere e dir loro che nelle buste di risposta adoperino busta non intestata. Non ho ancora detto a tutti quei di famiglia che mia figlia sia al manicomio, ma bensì al nosocomio... né avrei piacere che si sapesse in questa nostra città piccina, quindi... quale relazione io possa avere col Manicomio di Roma.*<sup>870</sup>*”* Queste parole evidenziano il disagio provato da Pietro per lo stato di folle di Giulia e la paura di essere etichettato dalla comunità come *“portatore del germe della follia*<sup>871</sup>*”*.

---

<sup>868</sup>*Ibidem.*

<sup>869</sup>*Ibidem.*

<sup>870</sup>*Ibidem.*

<sup>871</sup>La follia era considerata una malattia ereditaria quindi dire di avere una figlia in manicomio equivaleva ad ammettere pubblicamente che la futura discendenza avrebbe potuto avere le stesse forme morbose.

Tutta la vicenda di Giulia ruota intorno alle difficoltà incontrate nello scegliere la propria vita. Desiderosa di matrimonio e costretta alla vita in campagna, senza possibilità di amicizie, scorse nella monacazione l'unica alternativa valida per stare lontano dalla famiglia. Insofferente e incline a viaggiare, cercò nell'attività missionaria la possibilità di un cambiamento. Negatale anche questa si rifugiò nel sogno dell'America, troppo oneroso però per poter essere realizzato. Da qui il suo vagabondare per le città del Sud Italia.

Nel suo fascicolo personale non ci sono indicazioni circa l'evoluzione della malattia mentale diagnosticata al momento dell'ingresso in manicomio, né riferimenti sulla progressiva detenzione, nonostante risulti tra le 20 detenute ricoverate presso il Santa Maria della Pietà. Le uniche informazioni si estraggono dalle lettere del padre e dalla corrispondenza intercorsa tra lui e l'amministrazione manicomiale. Oltre alla prima lettera paterna in cui si leggono le generalità della famiglia e le passate esperienze di malattia, nel fascicolo è stata rinvenuta una seconda lettera in cui il padre afferma esplicitamente di voler farsi carico delle spese relative all'internamento della figlia e di aver bisogno di informazioni per effettuare dei pagamenti per le spedizioni e per il trasporto dei bagagli di Giulia<sup>872</sup>. Il padre sempre attento al fatto che la corrispondenza non recasse indicazioni esplicite del manicomio<sup>873</sup>, si dichiarò disponibile al pagamento della retta della figlia, per la classe comune che era di 60 lire al mese per tutto il tempo necessario, pur sottolineando l'impossibilità di uniformarsi al regolamento dell'Istituto perché non ne ebbe mai copia. *“Non posso dichiarare che mi uniformerò alle norme e consuetudini dell'Istituto, perché non le conosco. Ho chiesto 19 giorni sono, il regolamento alla Direzione, ma mi fu risposto che non ne avevano”*<sup>874</sup>. Quando per esigenze familiari non riuscì a far fronte al pagamento, si preoccupò il prima possibile di adempiere al debito contratto con l'amministrazione<sup>875</sup>, come risulta dai documenti della segreteria generale. *“Egregio signore è pervenuta regolarmente a questa amministrazione la cartolina vaglia di lire 180 e la obbligazione di pagamento per la retta di ospitalità. E' stata quindi intimata la nota tanto di*

---

<sup>872</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Lettera di Maccini Pietro alla Direzione del Santa Maria della Pietà.

<sup>873</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Cartella Clinica Giulia M., Lettera del Manicomio a Maccini Pietro. In nota al documento è apposta la dicitura “si spedisce in busta senza timbro dell'istituto”.

<sup>874</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Lettera di Maccini Pietro alla Direzione del Santa Maria della Pietà.

<sup>875</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Segreteria Generale SMP, n. 1136, dell'11 aprile 1906.

*norma, la quale sospenderà le pratiche di rivalsa sul pagamento della spedalità. Con stima*<sup>876</sup>. Nella lettera, sempre di marzo 1906, Pietro parlava anche di una bolletta, relativa al trasporto dei beni di Giulia da Bari a Roma, che era rimasta insoluta e che doveva essere ritrovata per il recupero degli oggetti. *“Mia figlia, in cotesto Manicomio reclusa, mi disse di questi giorni quando fui costì, che da Messina aveva spedito a Bari dove contava fermarsi, quattro colli di cose sue. Una cassa contenente un materasso, coperte da letto, trapunte, cuscini, lenzuola ecc. una branda di ferro, una cesta contenente oggetti di vestiario, un baule pure contenente oggetti di vestiario, lingerie etc. Cose che noi, meno la branda le abbiamo mandato da casa a Palermo. Ci sono, circa, cinque anni. Da Messina, essa mia figlia fu a Bari, ma vistò che colà secondo lei non si poteva fermare andò a quella stazione e disse all’impiegato per le spedizioni, che la sua roba, che doveva la arrivare, la mandassero a Roma, ferma in stazione. Da Messina a Bari mi disse che aveva pagato il trasporto, ma non pagò quello che si doveva effettuare da Bari a Roma perché non era ancora giunto. Io le chiesi la bolletta, ma mi disse che non l’aveva. Siccome mi disse anche che alla sua entrata in cotesto luogo gli avevano ritirato un centinaio di lire, 105 mi pare abbia detto, così ora penso che con i denari le abbiano ritirato anche la prenominata bolletta. Se così è prego di volermela mandare colla quale potrò riscrivere per l’invio dei colli nominati a Piacenza. Se poi questa bolletta non si trovasse, prego ancora, in gentilezza, di dire a mia figlia in qual giorno ora e in quale ufficio di velocità, ha a Messina fatto la spedizione e se i colli sono precisamente quelli, più sopra indicati da me. Può darsi, che mia figlia, nel suo stato abbia delle ripugnanze a rispondere alle domande; facciamo in questo caso, vedere questo mio scritto alla stessa: vi si risolverà forse con maggiore facilità*<sup>877</sup>.

Giulia godeva del sostegno economico del padre, tanto che tra le ricoverate detenute risultava essere quella con più beni lasciati al guardaroba al momento dell’ingresso. Dal verbale di riammissione per l’esperimento n. 2261 Giulia risultava essere in possesso, per quanto riguardava denari e valori, di un orologio in metallo bianco, sei biglietti per Roma, 35,00 lire, monete d’argento del valore di 2 lire e 90 centesimi, un libretto postale di 115 lire. Invece per quanto riguardava carte e oggetti vari risultavano in suo possesso 1 portamonete, ceste varie, 1

---

<sup>876</sup>*Ibidem.*

<sup>877</sup>*Ibidem.*

mazzo di chiavi, 1 corona, 1 piccolo crocifisso e 1 penna. Nella sezione corredo si annotavano 3 vesti, 1 giacca, 1 camicia 1 paio di calze, 1 paio di scarpe 1 fazzoletto, 1 busto e 1 mantella.

Non ci sono altre informazioni sul suo ricovero in manicomio.

Giulia, ritenuta idonea per l'internamento definitivo in quanto affetta da paranoia allucinatoria cronica<sup>878</sup>, fu dimessa il giorno 21 ottobre 1906 e riconsegnata al padre<sup>879</sup> in virtù delle ottime condizioni di salute riscontrate e del suo “*contegno corretto*”<sup>880</sup>. Difficile stabilire anche nel suo caso quali fossero i requisiti determinanti la pericolosità sociale che ne avevano giustificato l'internamento. Fu dimessa dopo solo sette mesi di degenza.

#### **4.5 Esterina M.**

Esterina, di 21 anni, fu internata la prima volta al Santa Maria della Pietà il 6 aprile 1907, per ordine della Delegazione di Pubblica Sicurezza di Albano Laziale. Accusata di alcolismo e maltrattamenti su minore fu diagnosticata affetta da una forma morbosa primitiva, rettificata in “*non constatata psicosi*”<sup>881</sup>. Nata a Nettuno, era coniugata e madre di tre figli. Poco dopo un mese fu dimessa dal manicomio (8 maggio 1907) a seguito della relazione del Dottor Biancone che affermava che Esterina non presentava sintomi di alienazione mentale<sup>882</sup>. Come si evince dai documenti dell'udienza del 9 febbraio 1907 presso la Corte di appello di Roma “*ritenuto in fatto che il Tribunale di Roma con sentenza del 16 novembre 1906 dichiarava colpevole la giudicabile del reato di maltrattamenti verso il proprio figliuolo Vincenzo di anni sei, per parecchio tempo e sino al sette luglio stesso anno, concedeva all'imputata il vizio parziale di mente per ubriachezza volontaria abituale e conseguentemente la condannava a mesi otto di reclusione accordandole però il beneficio della sospensione della condanna per la durata di*

---

<sup>878</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Direzione SMP, Part. n.598, fasc. IV.

<sup>879</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Direzione SMP, Part. n.598, fasc. IV, lettera del 14 ottobre 1906.

<sup>880</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo //, Giulia M., Lettera paterna, documento n. 1136, timbrato il 9 aprile 1906.

<sup>881</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Registro nosografico, Matricola n. 4632.

<sup>882</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Esterina M., Direzione SMP, n. 3029, tit. IX.

*anni cinque*”. Esterina era stata quindi ritenuta colpevole dalla giustizia, ma aveva visto ridursi la condanna a suo carico per vizio parziale di mente. Contro la sentenza era stato fatto ricorso, nei termini previsti dalle legge, per dimostrare che l’imputata (che in base alle dichiarazioni dei testimoni e agli interrogatori svolti maltrattava non solo il figlio più grande, ma anche la piccola Teresina di 3 anni) era totalmente incapace di intendere e di volere<sup>883</sup>, “*quando è in istato di completa ubriachezza*”<sup>884</sup>.

La Corte a riguardo aveva “*ritenuto che non vi è nell’animo della M. la volontà di maltrattare quelle innocenti sue creature. Essa è affetta da grave malattia: alcoolismo. I primi giudici ciò affermarono nella loro sentenza, ma confusero lo stato perenne di persona alcolizzata con l’ubbriachezza. La Corte non dubita, come ritenne il P.M. che la M. si trovi in uno stato di infermità di mente per (alcoolismo) da toglierle la coscienza e la libertà dei propri atti, ed in tale stato essa si trovava la sera del 7 Luglio decorso anno. E ritiene conformemente alle istanze della difesa e alle requisitorie del Procuratore Generale che la stessa sia pericolosa a se e agli altri. I maltrattamenti possono mutarsi non difficilmente in fatti luttuosi mentre opportunamente curata potrebbe la medesima migliorare e guarire*”<sup>885</sup>.

La Corte, quindi, in riparazione della sentenza del Tribunale del 16 novembre 1906 dichiarava non luogo al procedimento a carico di Esterina, per infermità di mente, ordinando che essa venisse consegnata all’autorità competente per i provvedimenti di legge, secondo il disposto dell’art.46 del Codice Penale<sup>886</sup>. Il 6 aprile del 1907 Esterina fu condotta in manicomio. Fu accompagnata da due agenti in borghese, per essere ricoverata in attesa di un provvedimento definitivo.

Della sua permanenza in manicomio restano solo i diari, nessuna relazione sul periodo di osservazione, né questionari contenenti informazioni sul suo passato.

---

<sup>883</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Esterina M., Corte di Appello di Roma, udienza del 9 febbraio 1907.

<sup>884</sup> *Ibidem*.

<sup>885</sup> *Ibidem*.

<sup>886</sup> L’art. 46 del Codice Penale Zanardelli recita «Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell’imputato prosciolto, ne ordina la consegna all’Autorità competente per i provvedimenti di legge».

A parlare per Esterina è il Dottor Biancone che la descrive il giorno del suo ingresso come *“una paziente tranquilla e corretta”*<sup>887</sup>. Annotava che Esterina mostrava attenzione, percepiva correttamente le domande e forniva con esattezza le sue generalità. Mostrava nervosismo solo quando iniziava a parlare della famiglia del marito, che riteneva l’avesse sempre odiata, tanto da organizzare una trappola, di cui era rimasta vittima, per mandarla in manicomio. Pare *“si vogliono impadronire della sua roba e delle sue bestie e lasciarla nella miseria, approfittando che il marito si trovava in carcere”*<sup>888</sup>. Il medico ascoltata e trascritta la storia nel diario afferma, tuttavia, di non possedere gli elementi per verificare se i fatti raccontati da Esterina corrispondevano al vero o al falso. Annotava anche lo stato di gravidanza avanzato al 4 mese della paziente, ma nel fascicolo personale di Esterina non ci sono altri documenti in grado di confermare il suddetto stato.

Il 10 aprile il Dottor Bianconi usa le informazioni raccolte nei colloqui con Esterina per fornire un quadro più completo sulla detenuta internata. Per quanto riguardava la famiglia materna *“la paziente nega di aver avuto alcun parente pazzo o nervoso. Sembra che i membri della sua famiglia siano tutti proclivi all’abuso di vino. Ha due fratelli, quattro sorelle e la madre e la nonna. Tutta la famiglia risiede in Nettuno. La nonna ha madre e una sorella nubile, hanno casa a sé e vivono un po’ del loro lavoro e un po’ con l’aiuto dei figli e delle figlie maritate. Queste ultime vivono separate l’una dall’altra.*

*L’inferma ha sposato a 20 anni. Ha fatto 3 figli e l’aborto, quest’ultimo sembra sia avvenuto in seguito a maltrattamenti da parte del marito. La malata asserisce che tra lei, le sorelle maritate, i cognati, e tutte le altre persone della sua famiglia, è regnata sempre buona armonia. Qualche volta vi è stata qualche leggera questione o per interessi o per altro, ma presto è tornata la pace. Afferma che da quel lato essa non ha paura di nulla, giacchè è sicura che tanto la madre quanto gli altri le vogliono bene”.*

Rispetto alla famiglia paterna *“invece è con la suocera che l’accordo non è possibile. Fin dai primi tempi del matrimonio cominciarono le questioni. Sembra che di questa il perno sta nel fatto che la suocera fa dei debiti e a forza di pianti induce il figlio a rendersi garante di lei sul pagamento. Il pagamento non avviene e allora il figlio deve di sua tasca liquidare il debito*

---

<sup>887</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Diario, I internamento.

<sup>888</sup> *Ibidem.*

*contratto dalla madre. Di qui liti continue; la suocera istigava il figlio contro la moglie perché finisse per batterla. Diceva male della nuora raccontando quello che era vero e quello che non era vero, cioè che era un'ubriacona (la paziente ammette di aver abusato di vino.....), che teneva la casa sporca, che stava tutto il giorno senza fare nulla; essa cercava insomma tutti i mezzi per indurre il figlio a separarsi dalla moglie e andare a vivere con lei. Però per quanto facesse non vi riusciva”<sup>889</sup>,*

Le osservazioni di Esterina vengono ritenute attendibili dal medico, pur se “*per dare un giudizio è necessario avere esatta cognizione delle colpe per le quali la Monaco fu condannata a 8 mesi di reclusione e delle ragioni per la quali è dichiarata inferma di mente*”<sup>890</sup>.

Secondo la relazione svolta dal Dottor Mingazzini<sup>891</sup>, che prese in carico successivamente la ricoverata, la situazione psichica di Esterina precipitò bruscamente nell'estate del 1905, quando il marito fu arrestato per furto. Venendo a mancare il profitto della sua attività di carrettiere, la famiglia si trovò in gravi ristrettezze economiche. La suocera e i cognati approfittarono della situazione per prendere gli animali rimasti a Esterina e per farli lavorare per conto proprio, senza dare nulla dei proventi guadagnati alla donna. Esterina si trovò così in seria difficoltà, non riuscendo a garantire il cibo ai propri figli. Un giorno a seguito di una discussione diede “*dei pizzichi sulle braccia*”<sup>892</sup> al figlio di 7 anni e lo colpì con le mani “*sulle natiche*”<sup>893</sup>. La suocera, desiderosa di accusare la madre, portò il bambino dal medico per farlo visitare. Le lesioni furono valutate “*di poco conto*” e non si diede luogo a nessun procedimento penale contro Esterina. La suocera continuò ad accusare la nuora sostenendo anche che avesse legato alla finestra la figlia più piccola di soli 4 anni. Esterina interrogata più volte dai medici sulle accuse che le erano state rivolte negò decisamente e sostenne che la suocera che “*(insieme ai suoi figli) intanto andava a spargere voci per il paese contro la nuora, dicendo che era una donnaccia e che approfittava dell'assenza del marito per fare di ogni erba un fascio*”<sup>894</sup> aveva costruito una trappola per spedirla in carcere o manicomio, con tanto di complici. “*Però ritiene*

---

<sup>889</sup> *Ibidem.*

<sup>890</sup> *Ibidem.*

<sup>891</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Relazione sala d'osservazione.

<sup>892</sup> *Ibidem.*

<sup>893</sup> *Ibidem.*

<sup>894</sup> *Ibidem.*

*che il Maresciallo stesse d'accordo con la suocera, giacchè affermò in causa contro di lei cose non vere come per esempio che bevesse fino a 7 fogliette di vino al grottino. Fatto sta che la suocera ripetendo continuamente che avrebbe mandato la nuora o alle carceri o al manicomio, riuscì nel suo scopo*<sup>895</sup>.

Dal registro nosografico Esterina risultava comunque nei giorni dell'internamento (12-14 e 18 aprile) tranquilla, pacata nei modi, attenta e desiderosa di lavorare<sup>896</sup>. Priva di idee deliranti e di sintomi di squilibrio psichico aveva anche stabilito un ottimo rapporto con gli infermieri e i sorveglianti e manifestava il desiderio di tornare a casa dai figli. In lei i medici riscontravano sentimento e pudore, contegno e condotta "*correttissimi*"<sup>897</sup>, amore per la famiglia, tanto da ritenerla sana di mente ed equilibrata. Da dimettere.

Restava solo da chiarire se le accuse di maltrattamento ai figli fossero in qualche modo legate alla presenza di una malattia mentale. Il medico, in virtù del suo "*contegno corretto*"<sup>898</sup> voleva assolverla dalla condanna della follia e per motivare la sua decisione utilizzò indirettamente le parole della stessa ricoverata. Trascrisse nel Diario infatti che Esterina era consapevole delle sue "*stranezze*" e "*pazzie*", tanto da condannarle e da riconoscerne la "*morbosità*". La pazzia, scrisse il medico, come affermava Esterina "*può venire in mille modi, a me venne perché stavo in miseria; appena mio marito tornò e non mi mancò nulla, la pazzia scomparve*"<sup>899</sup>.

Fu dimessa il 9 maggio 1907, a poco più di un mese dal suo ingresso, consegnata al marito<sup>900</sup>, in quanto non presentava alcun sintomo di alienazione mentale<sup>901</sup>.

Di Esterina non si seppe più nulla per un paio di anni, fino al 5 agosto 1909 quando un medico dell'Ufficio Sanitario di Nettuno scrisse una lettera al Sindaco:

*"Ill.mo Signor Sindaco*

---

<sup>895</sup> *Ibidem.*

<sup>896</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Diario.

<sup>897</sup> *Ibidem.*

<sup>898</sup> *Ibidem.*

<sup>899</sup> *Ibidem.*

<sup>900</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Direzione, n. 3691, tit. IX.

<sup>901</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica, Esterina M., Direzione, Prot. Gen. n. 3424, tit. IX.

*debbo portare a conoscenza della S.V. Ill.ma che Ester M., da me ripetute volte visitata, è affetta da alcoolismo cronico con eccessi intercorrenti di vera mania acuta, specialmente in seguito ad esagerate libidazioni di vino. Sotto il dominio di questi eccessi la Ester M. si abbandona ad atti pericolosi a se e agli altri specie ai piccoli suoi bambini che percuote senza pietà, tanto che altra volta fu sottoposta a giudizio penale e condannata per quei maltrattamenti ai medesimi inferti. La M. poi dominata sempre dal delirio alcolico si abbandona ad atti osceni e ripugnanti nelle pubbliche vie con grave scandalo pubblico. A far cessare questo stato di cose veramente pericoloso (non essendo la Monaco in certi momenti cosciente) interesso la S.V. affinché voglia provvedere d'urgenza per l'internamento nel Manicomio della Ester M.*"<sup>902</sup>.

Un'altra segnalazione si ebbe presso la residenza municipale di Nettuno, verso le 10 del mattino del 6 agosto 1909 davanti al Sindaco, ad opera di quattro testimoni, tutti domiciliati in Nettuno, non legati alla donna da alcun vincolo di parentela o di affinità, che dichiararono con giuramento che Esterina si abbandonava ad atti osceni e a "furore" contro le persone e i propri figli, che maltrattava "spietatamente" di fronte alla famiglia impossibilitata ad intervenire "perché diviene assolutamente maniaca"<sup>903</sup>.

Il sindaco vista la denuncia dell'Ufficiale Sanitario che dichiarava Esterina affetta da alcoolismo cronico con accessi intermittenti di mania acuta<sup>904</sup> né dichiarava la pericolosità per sé e gli altri, con particolare riferimento ai figli, "considerato che sia per la miserabilità della famiglia sia per il difetto dei mezzi adatti a provvedere sul luogo alla cura e custodia, qualunque ritardo all'allontanamento dalla famiglia potrebbe essere funesto"<sup>905</sup>. Visti gli articoli 2 della legge 14 febbraio 1904 n.36 e 42 del Regolamento approvato con R.D 5 marzo 1905 n. 158 ne veniva ordinata la reclusione. L'ordinanza fu emessa<sup>906</sup> e Esterina fu nuovamente accompagnata da una Guardia Municipale al Santa Maria della Pietà.

---

<sup>902</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 721, Esterina M., Ufficio Sanitario di Nettuno, 5 agosto 1909.

<sup>903</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 721, Esterina M., Documento Circondario di Roma.

<sup>904</sup> *Ibidem.*

<sup>905</sup> *Ibidem.*

<sup>906</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Esterina M., Documento Circondario di Roma, Municipio di Nettuno n. 22518 tit. IX.

Il Diario relativo al secondo internamento di Esterina si presenta alquanto scarno. Al giorno 7 agosto sono riportate solo brevi informazioni sul peso corporeo (66,00 kg), sulla temperatura (36,8) e sul peso specifico delle urine (1013), con qualche cenno sul pregresso internamento e sui reati di maltrattamento e abuso di vino. Esterina, in base alle parole del medico, ammise durante la degenza l'abuso di vino, ma negò vigorosamente la violenza verso i figli. Il giorno 19 agosto alla voce "esame obiettivo" la ricoverata venne descritta come una donna che "*psichicamente non presenta disturbi spiccati*"<sup>907</sup>.

Il 31 agosto Esterina fu dimessa nuovamente<sup>908</sup> e riconsegnata alla madre<sup>909</sup> che non aveva mai creduto alla pazzia della figlia e che già nel 1906, nella fase del primo internamento, si adoperò per ottenere la certificazione medica necessaria per confutare la diagnosi<sup>910</sup>.

Esterina era un'altra donna ritenuta pericolosa, eppure dimessa in pochi mesi dal manicomio.

#### **4.5 Luigia V.**

Venanzi Luigia, di 31 anni, fu internata numerose volte al Santa Maria della Pietà. La prima volta con diagnosi di isteria, degenerazione del carattere e morfinismo per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Monti. Sarta, nubile, di istruzione elementare e religione cattolica entrò e uscì dal manicomio 10 volte, alternando la degenza tra i vari reparti dell'Istituto.

Dalla documentazione presente nel fascicolo personale si evince che nel 1902<sup>911</sup> già era recidiva per la terza volta<sup>912</sup> e che nei mesi di internamento passò dal reparto di osservazione al

---

<sup>907</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M., Registro nosografico II internamento.

<sup>908</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 721, Esterina M., Direzione, Prot. Gener. 23029, Tit. IX.

<sup>909</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Esterina M., Direzione Sanitaria, n.55

<sup>910</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica, Esterina M., Registro nosografico I internamento.

<sup>911</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella Clinica Luigia V., Registro Nosografico, 1902.

<sup>912</sup> *Ibidem*.

reparto infermeria (17 maggio 1901), dal reparto infermeria al reparto Pace (18 dicembre 1901), dal reparto Pace al reparto tranquille (1 marzo 1902), dal reparto tranquille al reparto guardaroba (6 marzo 1902), dal reparto guardaroba al reparto infermeria (7 marzo 1902), dal reparto infermeria al reparto guardaroba (13 marzo 1902), dal reparto guardaroba a Villa Cecchini<sup>913</sup> (17 aprile 1903), per essere dimessa il 19 maggio 1903, non presentando più gli estremi per essere trattenuta in manicomio<sup>914</sup>.

Sicuramente il caso di Luigia è uno dei più complessi e il suo percorso manicomiale si presenta molto travagliato. La documentazione è frammentaria e soprattutto incompleta rispetto alle numerose degenze.

Le prime osservazioni mediche si trovano nella relazione della Sala di Osservazione relativa al terzo internamento, avvenuto il 28 novembre 1902<sup>915</sup> sempre per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Monti con diagnosi di isteria, degenerazione del carattere e morfinismo<sup>916</sup>. Durante il ricovero passò molto tempo nel reparto delle agitate. Venne trasferita nel reparto delle tranquille il 19 marzo 1903, poco prima delle sue dimissioni avvenute il 3 aprile 1903.

Il Professor Mochi scriveva “ *Luigia V. di anni 31 di Frosinone, entra nel manicomio il 28 novembre 1902. L’inferma è recidiva per la seconda volta. Fu condotta al manicomio per la prima volta il 13 novembre 1901 e ne uscì il 17 maggio 1902. La seconda volta venne il 28 giugno 1902 e ne uscì il 10 luglio. La terza volta il 28 novembre 1902*”<sup>917</sup>. Continua raccontando la storia della ricoverata, trascrivendo i dettagli della sua vita segnata da numerosi lutti familiari e dispiaceri fortissimi, fino al momento in cui iniziò a assumere morfina, unica sostanza capace di lenire il dolore provato.

*“L’inferma nata da una famiglia abbastanza agiata ha due sorelle che godono di buona salute. Il padre morì apoplettico all’improvviso, alla notizia che gli era stato ucciso per vendetta l’unico figlio, la madre morì per polmonite: la madre era isterica convulsionaria.*

---

<sup>913</sup> *Ibidem.*

<sup>914</sup> *Ibidem.*

<sup>915</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella Clinica Luigia V., Registro Nosografico, 1902.

<sup>916</sup> *Ibidem.*

<sup>917</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Relazione Sala d’Osservazione.

*Nella fanciullezza e gioventù non soffrì mai malattie gravi: fu mestruta a 18 anni, dopo si sono fatte regolari. All'età di 14 anni cominciò a presentare stranezze del carattere e impulsi vendicativi: così un giorno rimproverata dal padre perché non era andata a scuola, trovatolo a dormire, dette fuoco al letto. Allora fu condotta a Roma perché la visitasse il compianto Prof. Fiordispini che consigliò una cura in una casa di salute: ciò che non fu fatto. Ritornata in casa si mantenne il carattere strano, per un nonnulla diveniva furiosa e rompeva ciò che le capitava fra le mani. A 20 le morì il fidanzato proprio quando già erano compiute le pratiche per sposarsi; fu una scossa per lei e divenne convulsionaria, ebbe anche accentuazione del sentimento religioso e volle farsi monaca, entrò in monastero e vi stette appena 10 giorni e ne uscì subito.*

*Le convulsioni si accentuarono in occasione della morte del padre e del fratello, morti che avvennero nello stesso giorno, perché il padre ebbe l'emorragia cerebrale, alla notizia dell'uccisione del figlio. A 28 anni fu di nuovo fidanzata e durante il suo amore si dette per la prima volta a questo moroso che prometteva di sposarla. Però non mantenne la promessa entrò in grave afflizione e ira e una sera che il fidanzato le confermò il rifiuto di sposarla ella lo assalì e con un colpo di dito gli cecò l'occhio sinistro.*

*Subito fuggì a Roma per sfuggire la giustizia e si ricoverò presso sua sorella: intanto dal paese scrivevano i suoi parenti adirati perché avevano saputo i suoi rapporti illeciti col fidanzato ed ella impressionata dei rimproveri si gettò dalla finestra della casa che era al 4 piano e riportò frattura in più punti della gamba sinistra e perse i denti superiori anteriori. Stette sette mesi all'ospedale.*

*Negli ultimi mesi di degenza all'ospedale tentò il suicidio tagliandosi il polso con un pezzo di vetro (ma si fece appena una graffiatura di cui appena è visibile la cicatrice), dopo poi trovata una boccetta di morfina la bevve, ma anche questa volta fu guarita con poco. Dopo questo fatto la direzione dell'Ospedale di San Giovanni la internò al manicomio<sup>918</sup>.*

Luigia come si apprende dalla relazione uscì dal manicomio il 17 maggio 1902 e rientrò in famiglia, dove continuò ad assumere morfina. La sostanza le procurava delle reazioni fisiche

---

<sup>918</sup>*Ibidem.*

forti, tra le quali il vomito, tanto che fu necessario portarla in ospedale per le cure. Durante la permanenza al San Giovanni di Roma si dimostrò irrequieta e “*indisciplinata*”, violenta nelle reazioni e aggressiva verso i medici<sup>919</sup>. Fu nuovamente inviata al manicomio il 28 giugno e poi dimessa il 10 luglio successivo. Dopo un breve soggiorno a Roma, di circa 20 giorni, si recò prima a Porta D’Auri e poi a Frosinone, a piedi, per allontanarsi dalla casa della sorella che la ospitava, perché in preda all’ira le aveva distrutto mobili e oggetti. Alla fine rientrò a Roma dove continuò ad assumere morfina e a girare per ospedali nella speranza di ottenerne altre dosi dai dottori. Una sera mentre cercava tra gli ospedali un medico che le facesse un’iniezione, incontrò un dottore con cui aveva avuto precedenti problemi. Gli aveva, in passato, scagliato addosso un bicchiere. Alla sua vista il dottore si infastidì e preoccupò e con toni bruschi le suggerì di tornare al manicomio<sup>920</sup>. Luigia reagì a queste dichiarazioni con violenza e lo prese a calci. La conseguenza fu una lettera scritta dal medico in cui si sosteneva che Luigia dovesse essere ricoverata d’urgenza al manicomio. Vi rientrò per la terza volta.

Dalle annotazioni riportate nella relazione della Sala di Osservazione, per il terzo internamento, si legge che su Luigia “*vi sono vaghe notizie intorno ad una supposta carcerazione della malata per furto, ma non si è avuta conferma, lei nega assolutamente*”. Seguono le osservazioni antropometriche e somatiche, che evidenziano nella ricoverata, nonostante la maggior parte dei parametri fisici risulti nella norma, una serie di tratti sintomatici della tendenza alla delinquenza. Luigia ha “*testa piccola, capelli folti, ma corti, occhi ravvicinati, iride castagno chiaro, [...] mancanti gli incisivi superiori per la caduta*” e ancora “*nella sfera della sensibilità è notevole la grande ipoestesia di tutta la metà destra del corpo. Tale ipoestesia che comprende tutti i generi della sensibilità si accompagna anche alla diminuita sensibilità riflessa [...]. L’inferma inoltre è soggetto facilmente ipnotizzabile e quando si è fatta cadere nel sonno passa facilmente per tutti gli stadi ed è suggestionabilissima. Si può suggestionare anche allo stato di veglia*”<sup>921</sup>.

Luigia era diagnosticata come una isterica, con tutte quelle caratteristiche degenerative che la cultura del tempo legava alla sessualità, come l’omosessualità, e all’assenza della virtù civile. Era quindi incapace di provare sentimenti e di avere senso morale. L’unica soluzione

---

<sup>919</sup>*Ibidem*. Luigia durante il ricovero al San Giovanni colpì volontariamente con un bicchiere un medico di turno.

<sup>920</sup>*Ibidem*.

<sup>921</sup>*Ibidem*.

praticabile nel suo caso era l'internamento che avrebbe messo al sicuro la società civile dalla sua aggressività e dai suoi comportamenti insani. Le parole del Dottor Mochi ritraggono con estrema chiarezza la situazione di Luigia e le attribuiscono in maniera inequivocabile quell'etichetta di isterica che la condannerà a vita. *“La V. è un'isterica e presenta accentuate tutte le stigmate del carattere isterico. Volontà piena in generale, si mostra a volte di rara energia, facile alla menzogna, ingegnossissima nell'architettare fandonie, pronta nel prendere determinazioni irriflessive, fino poi nel mandarle in esecuzione. Volubilissima nei sentimenti affettivi, ora mostra un'esagerata sensibilità morale, ora invece apparisce come una anestetica, senza senso morale. Tale instabilità dei sentimenti si rivela in tutta la sfera dell'attività psichica, quindi nulla di stabile è in lei: sentimenti affettivi verso la famiglia, verso le compagne, i superiori; doveri sociali, religiosi, sentimenti della propria dignità, tutto insomma a volte è intenso nell'inferma in modo esagerato, tutto poi altra volta ... lei. Ha una certa vivacità di ingegno che spesso fa restare ammirati del come ella riesce ad uscire da situazioni complicate e del come da spiegazioni a fatti ed azioni da lei compiute. Il sentimento sessuale a sua confessione è poco sentito verso l'altro sesso, mentre ella invece sente grande attrazione verso le infermiere e le suore messe a sorvegliare: tale tendenza abbiamo potuto spesso osservarla durante il tempo che è stata sotto la nostra osservazione”*<sup>922</sup>.

Per concludere *“[...] si può concludere che la V., ha tutti i difetti e tutte le malizie delle isteriche”*<sup>923</sup>.

Ulteriori informazioni su Luigia si hanno dalla relazione della sala d'osservazione prodotta dall'infermiere di turno, che arricchisce di dettagli la narrazione sulla sua vita prima dell'ingresso in manicomio. L'attenzione è posta sul suo passato, sulla sua salute e sulla madre che in base alle parole riportate nel documento sembra aver influenzato molto il carattere della figlia.

*“Dice che ha ereditato questi scatti nervosi dalla madre che era di carattere irascibile, per ogni piccolezza percuoteva i figli; anche la madre soffriva di convulsioni isteriche ed è morta giovanissima con una polmonite”*<sup>924</sup>.

---

<sup>922</sup>Ibidem.

<sup>923</sup>Ibidem.

<sup>924</sup>ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Relazione Sala d'Osservazione, 1903.

Rispetto al padre invece si segnala che *“il padre è morto di 56 anni con un colpo apoplettico, ma però era calmo assai”*, mentre per il resto della famiglia *“nel 1890 le fu ucciso un fratello alla malata, e questa dal forte dispiacere perché anche in quel giorno periva il padre, fu presa da una malinconia che ha durato per circa un anno, non potendo né dormire, né poter sentire un lieve rumore che subito era presa da un forte tremito. Fin da bambina ha avuto sempre la mania di percuotere chi la molestava e di darsi pugni e di strapparsi i capelli se non era accontentata in ciò che domandava”*.

Dalle parole scritte dall’infermiere Luigia risultava sana e robusta fino all’età di 14 anni, quando fu colta da una grave anemia che sembra aver dato inizio alle prime manifestazioni dell’alienazione. Incline all’uso delle mani un giorno per vendicarsi delle percosse ricevute dal padre *“la V. concepì un modo di vendicarsi ed essendo in quel tempo nella stagione estiva, il padre suo era solito andare a dormire nelle ore calde, la malata prese un fiammifero e quando vide il padre che dormiva tranquillamente, attaccò fuoco alla cortina del letto e questi sarebbe perito se in quel momento non entrava la madre e quindi svegliò il padre che poté essere salvato”*.

E ancora per punire il fidanzato che non intendeva più sposarla dopo aver consumato con lei un rapporto sessuale dietro promessa di matrimonio *“la V. una sera uscì di casa ed incontrato [...] il fidanzato, lo affrontò domandandogli a brutto modo che cosa intendeva di fare, ed avendo avuto per tutta risposta che non intendeva riparare il danno fatto, ella in un momento dei suoi scatti nervosi, lo prese per il petto e alzando la mano destra con l’indice della medesima levava l’occhio sinistro al detto giovane. La malata pazza correva ed entrando in casa disse che essa partiva subito perché aveva percosso il suo fidanzato”<sup>925</sup>*. Anche un medico dell’Ospedale San Giovanni subì la sua reazione violenta quando vedendola arrivare le suggerì di tornare in manicomio. In quell’occasione Luigia fu legata e trasportata con forza per la terza volta al Santa Maria della Pietà. Nel manicomio il suo comportamento risultava inopportuno. *“E’ stata sempre urtata e se non le capacitava qualche persona oppure il cibo, se la prendeva colle suore infermiere maltrattando quelle e minacciando queste. Ha rotto qualche volta piatti e bicchieri, vetri, ma era perlopiù in quei giorni che la malata è mestruta, ed è in quei giorni che essa stessa dice di essere insopportabile. Ha un debole per le donne e molto*

---

<sup>925</sup>*Ibidem.*

*più per le suore. Dice che è indifferente per qualsiasi uomo (dopo lasciato il fidanzato), ma sente così molto per qualche simpatia di donna che sarebbe capace fare chi sa quale pazzia... Vuol bene, sente affezione, ma presto dimentica ed essa ritiene che sia anche questa una malattia".* Luigia oltre ad essere aggressiva, amava le donne di quell'amore degenerato che è "sentimento innaturale"<sup>926</sup>.

Il registro nosografico aggiungeva poche informazioni a quelle fornite dalle relazioni precedenti, più che altro si concentrava sulla dipendenza dalla morfina della ricoverata, considerata causa dei suoi eccessi e delle sue reazioni. Non trattandosi, per i medici, di alienazione mentale, ma di dipendenza, una volta "demorfinizzata" Luigia poteva essere dimessa. L'isteria non era una malattia in grado di giustificarne l'internamento definitivo. Al giorno 30 marzo 1903 si legge "Lo stato di calma dell'inferma si mantiene, non ha più sentito il bisogno della morfina. E' restata sempre di carattere isterico, ma ciò non giustifica l'ulteriore reclusione al manicomio. Si propone la dimissione per guarigione dell'eccesso acuto. Mochi".

Al giorno 3 aprile "Mentre si dimetteva l'inferma, accortosi il dottore che mancava la storia clinica, si è venuto a sapere che ella stessa l'aveva stracciata un giorno che le era capitata tra le mani. Addolorata di non poter essere dimessa fino a che non fosse rifatta la storia, propose di scriverla e di fatto ha redatto una splendida [...]"<sup>927</sup> di se stessa".

Luigia esce dal manicomio, ma per tornarvi nel giugno del 1903, per la quarta volta.

Anche durante questa degenza nella relazione della sala di osservazione si fa riferimento al suo temperamento "angustiato"<sup>928</sup> e alla sua irascibilità costante e diffusa verso tutti.

---

<sup>926</sup>Cesare Lombroso nei suoi scritti sosteneva che l'omosessualità, congenita, si accompagnava sempre ad altre patologie (cfr. C. Lombroso, *L'uomo delinquente*, cit.). Affermava la tesi della degenerazione, sostenuta anche da Richard von Krafft Ebing in "Psychopathia sexualis" (cfr. R. von Krafft Ebing, *Le psicopatie sessuali con speciale considerazione alla inversione sessuale*, Bocca, Torino 1889) secondo la quale gli omosessuali erano geneticamente derivati da un filone evolutivo con geni degenerati, e la presunta differenza genetica comportava una diversità dell'omosessuale non solo psicologica e morale, ma anche fisica.

<sup>927</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>928</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Relazione Sala d'Osservazione 1903.

Le altre informazioni riportate nella relazione sono di carattere medico e mostrano come la ricoverata fosse avveza all'uso del vino e del caffè. Descritta come insonne e con convulsioni, spesso cadeva a terra perdendo i sensi, “ *non capisce quello che fa, si morde la lingua, stride i denti [...] <sup>929</sup> non fa la brava*”. Aveva anche delle perdite di sangue, con intervallo di 5/6 giorni l'una dall'altra. A riguardo le fu consigliato in ospedale l'asportazione delle ovaie. Le note più frequenti si concentravano però sempre sul suo temperamento insubordinato, che si scatenava ogni qualvolta le cose che accadevano erano contrarie ai suoi desideri.

Al giorno 4 luglio 1903 si legge “*In questi ultimi giorni la paziente si è irritata causa [...] <sup>930</sup> attendeva la sorella per essere consegnata, se fosse continuato lo stato di benessere. Non avendola veduta e non avendo ricevuto risposta alle sue lettere ha cominciato a preoccuparsi se la sorella forse vada o no. Divenuta più irritabile del solito, ingiuria alle malate, minaccia parole oscene, atti di violenza. Questa mane, mentre le infermiere secondo gli ordini avuti stavano mettendole la camiciola di forza, è sfuggita da esse, ha raccolto un pezzo di piatto rotto e si è fatta alcune scalfiture sul polso destro. Si trasferisce per l'impossibilità di tenerla nel reparto osservazione, dove le malate ne sono terrorizzate*”.

Dopo il trasferimento al reparto Pace, sempre il 4 luglio “*La V. ha messo in disordine nel riparto. Cominciando dalle suore, fino alle malate, tutte hanno spavento per la sua presenza. Ha detto che finirà con l'uccidere qualche suora. Ieri sera voleva di molto andare alla lunga [...] <sup>931</sup> colla suora, e perché le fu proibito strappò con un morso la giacca all'infermiera Vincenti. Questa mattina minacciava la suora sorvegliante con parole insultanti, in Chiesa. Si trasferisce alle agitate con ordine del Signor Direttore Montorsi*”.

Più nessuna informazione circa l'evoluzione della malattia e la degenza. Il 13 ottobre viene valutata dimissibile.

---

<sup>929</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>930</sup> *Ibidem.*

<sup>931</sup> *Ibidem.*

Luigia tornò come le precedenti volte, molto presto in manicomio. A seguito della dichiarazione del Medico Direttore dell’Ospedale San Giacomo a novembre fu ancora una volta ricondotta presso il Santa Maria della Pietà. Diagnosticata isterica era ritenuta pericolosa a sé e agli altri<sup>932</sup>. Questa volta però Luigia, contrariamente alle volte passate, ebbe in manicomio, secondo le testimonianze dei medici, un atteggiamento remissivo. I medici riportavano nei documenti che aveva un atteggiamento umile, capo basso, voce bassa e che parlava a monosillabi. Modificava il proprio comportamento solo se minacciata di dover abbandonare la morfina, che contrariamente alla sua volontà, le fu gradualmente sospesa<sup>933</sup>. Luigia appariva, in questa fase, consapevole e lucida, soprattutto motivata a tornare a vivere fuori dal manicomio. Come essa stessa affermava in una lettera inviata al direttore le sue azioni aggressive erano solo la conseguenza dei ripetuti internamenti<sup>934</sup>.

*“All’ill.mo Signor Direttore*

*Questa volta per la semplice ragione che ancora facevo le iniezioni di morfina, mi hanno riportato dentro al manicomio che non dovevo di più rivedere. Prego la S.V. Ill.ma voler essere tanto indulgente con me e rimandarmi a casa perché proprio non mi so vedere giudicata da tutti che ogni tanto vengo qui e poi con la bella cura che mi fa il dottor Giannelli, dunque, senza prendere niente posso stare benissimo a casa, faccio riflettere alla S.V. Ill.ma che ho trovato da occuparmi dal 1 del mese, se perdo il posto poi come farò io? Oggi siamo al 19, mancano appena pochi giorni e se la S.V. Ill.ma vuole farmi questa carità può.*

*Dico dunque al Signor Giannelli di dimettermi e mi rimandi per messo della Questura, oppure domenica se viene a trovarmi qualcuno dei miei può farmi rilasciare. Non ho fatto male, non ho fatto pazzia di sorta e perché dunque debbo stare sempre in un manicomio? Non è la ragione e io mi appello alla sensibilità del suo cuore ed alla sua scienza da tutti conosciuta e apprezzata. Attendo con impazienza suoi ordini e non vedendoli mi si costringerebbe a fare dei brutti passi.*

*La ringrazio e la riverisco. Serva devota. Luigia V.”<sup>935</sup>.*

---

<sup>932</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Documento Ospedale San Giacomo, 9 novembre 1903.

<sup>933</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, novembre 1903.

<sup>934</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Lettera di Luigia al Direttore del 19 novembre 1903.

<sup>935</sup> *Ibidem.*

Nonostante le parole e le buone intenzioni sembra che Luigia, uscita dal manicomio non riuscì a condurre vita regolare e che incorse nuovamente in litigi con i medici dell'Ospedale San Giovanni che ne ordinano un altro ricovero d'urgenza.

Luigia venne internata per la quinta volta, a seguito della dichiarazione del Dottor Pastore, che attestava il 17 giugno 1904 la sua pericolosità. Questa volta il ricovero fu ancora più breve dei precedenti. Luigia venne dimessa il 21 giugno, a meno di quattro giorni dal suo ingresso, in quanto dichiarata bisognosa di assistenza chirurgica<sup>936</sup>. Come si legge nella lettera del medico Giannelli, inviata al direttore del manicomio<sup>937</sup> Luigia presentava dei gravi sintomi fisici per cui doveva essere trasferita d'urgenza presso un ospedale chirurgico. Essa aveva infatti una cicatrice sull'addome dalla quale “*fuoriesce pus in discreta quantità*”. Trattandosi di una ferita, molto vicina alla cavità addominale (Luigia aveva subito un precedente intervento alle ovaie) per il medico era necessario provvedere il prima possibile.

Il diario mostra quanto il suo quadro clinico si fosse complicato.

Al 17 giugno era annotato “*Entra alle ore 14, è stata tranquilla fino all'ora della visita, solo che all'ammissione non voleva lasciare gli orecchini (nota: il primo giorno iniezione di morfina 2 gr alla sera, consegna speciale).*”

*Ha sull'addome del cerotto adesivo lungo una linea a V coll'apice in vicinanza del pube. Racconta che le sono state asportate le ovaie in due volte, nel febbraio e recentemente.*

*Domanda la morfina, per uso ipodermico e dice che è stata mandata al manicomio perché avrebbe aggredito un medico all'ospedale, ma essa non lo ricorda! Temperatura 39.5”*

Al 20 giugno “*All'esame obiettivo mostra anestesia completa e totale sulla metà destra del corpo estesa anche alle mucose. Nella metà sinistra del corpo vi è una forte ipoestesia tattile, termica, dolorifica*”.

---

<sup>936</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Registro nosografico, giugno 1904.

<sup>937</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Lettera al Medico Giannelli, 24 giugno 1904.

Al 21 giugno “*Questa mattina l’emissione di pus dalla ferita addominale è abbondante. La regione ovarica dentro è [...]*”<sup>938</sup> *E’ necessario trasferirla d’urgenza in un ospedale chirurgico”*.

La storia di Luigia continuò tra gli ospedali e il manicomio. I primi intenti a dichiararla pericolosa e quindi da internare, il secondo motivato ad ottenere una sua collocazione in ospedale in quanto l’isteria diagnosticata non giustificava l’internamento definitivo e perché bisognosa di cure. Come si evince dalla documentazione anche il sesto internamento di Luigia, avvenuto per ordine del Commissariato di Pubblica Sicurezza di Campo Marzio, con lettera in data 9 febbraio 1905, si concluse infatti con la decisione delle dimissioni il 17 febbraio 1905 perché per il Professor Salvi la ricoverata “*non può essere curata che in un ospedale chirurgico*”<sup>939</sup>.

Il diario relativo al sesto internamento è molto scarno e riporta perlopiù indicazioni di carattere medico come il peso (che al 9 febbraio, giorno dell’ingresso era di 49,300 kg) e la temperatura (che era di 36,5 gradi). Si annotava in esso che Luigia faceva continua richiesta di morfina e che rifiutava il cibo. Al 15 e al 16 febbraio invece il Dottor Scalzi scriveva che era necessario per la ricoverata lo spostamento in un ospedale chirurgico.

Nel dicembre 1905 le testimonianze del successivo e settimo internamento avvenuto il giorno 20 per ordine del Pretore del V mandamento di Roma<sup>940</sup>. Della richiesta di internamento si ha traccia nell’estratto dell’atto di notorietà dove alcuni testimoni “*hanno in modo concorde dichiarato: che Luigia V., fu Giovanni e fu Paolina G., di anni 32, da Frosinone, nubile, detenuta nel Carcere delle Mantellate è affetta da alienazione mentale per la quale si rende pericolosa a sé e agli altri, anche è necessario sia ricoverata in un manicomio. La V. difatti scaglia contro le persone che la circondano tutti gli oggetti che le capitano tra mano. La notte scorsa ha scucito il materasso del suo letto e voleva appiccarvi fuoco*”<sup>941</sup>. Per la prima volta Luigia fu condotta in manicomio accompagnata dal questionario che conteneva informazioni

---

<sup>938</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>939</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Registro nosografico, febbraio 1905.

<sup>940</sup> *Ibidem*.

<sup>941</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Estratto dell’atto di notorietà, 20 dicembre 1905.

sulla sua vita passata e che di norma si compilava prima dell'ammissione<sup>942</sup>. Non tutti i quesiti furono completati, ma la maggior parte sì.

In particolare era evidenziato che Luigia aveva una parente (una zia) che morì in manicomio, che ebbe il menarca a 11 anni e che in età infantile si ammalò di isteria epilettica e di onoriotomia. Il carattere era descritto come irascibile, incline al vizio (identificato nel caffè e nell'alcool) e si specificava che affrontò in passato una condanna per furto. Si segnalava come fattore scatenante la malattia mentale lo spavento provato alla morte del fratello, ucciso davanti i suoi occhi, e come sintomi della follia *“le gravi stranezze, minacce, stato iperenico cerebrale, confusione nelle idee, allucinazioni sonore come di corsi d'acqua”*<sup>943</sup>.

Nel fascicolo personale è presente un'ulteriore lettera scritta a mano da Luigia, senza data, che a fronte dei contenuti sembra possa essere relativa al settimo internamento. La lettera era indirizzata al direttore del manicomio e palesava il rammarico della ricoverata per essere stata considerata pazza. Luigia scriveva che avvertiva dei dolori fisici molto forti, dovuti ad una cistite e al mal di gola e che non si capacitava di come potesse essere lasciata senza cure nell'istituto. Non comprendeva come i medici avessero potuto ritenerla *“idioti”* fino al punto di dimenticare le promesse fatte. Luigia aveva ben presenti le responsabilità e i doveri dei medici tanto da riuscire ad usarli come strumento di critica nei loro confronti.

Nella lettera rinvenuta Luigia parlando al direttore del Manicomio scriveva:

*“Crede ella veramente di parlare ad un idiota? Si sbaglia, gentilissimo direttore, perché la Luigia ha un'intelligenza tanto svegliata più di qualcun altro. Le scrissi, venne, mi fece delle promesse[...]”*<sup>944</sup> *eppoi? Tutto infine come vanno sempre le cose del manicomio. Sono strana, di molto strana e la ragione non la ricerchino nella pazzia, ma nel male che mi affligge, da due giorni poi si è manifestata una cistite così acuta che l'egregio Dottor Mariani egli stesso l'ha constatato con forti dolori alla parte malata che io sola e non altri lo sanno. Qual cosa mi si fa? Cartine di antropina tre al giorno e fermiamoci là, mentre io ho bisogno del chirurgo e non del medico alienista.... La gola va sempre peggio, il bruciore che il Professore Gironzi mi disse*

---

<sup>942</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Notizie che si richiedono per l'ammissione degli alienati nel Manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma.

<sup>943</sup> *Ibidem*.

<sup>944</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

*doversi manifestare, purtroppo è venuto. Gargherismi non ne fò perché aboliti dal nuovo medico curante, la semplice inalazione che non ci trovo refrigerio che al momento. Ma Santo Dio che fa? Da una parte si aumenta la sorveglianza, pel timore che uno si uccida da sé, e poi non vi sentite rimordere tutta la coscienza di torturare tanti infelici? Non sono egoista. Se m'impegno si deve adempiere con coscienza e disinteresse, bene, altrimenti non si prende tanta responsabilità. Crede che sono angustata con lei che non mi ha lasciato soffrire in tal modo. Quando ero sotto la cura del Professore e di Toscani le visite chirurgiche e della gola mai mi sono mancate [...<sup>945</sup>pazienza! Dio ha voluto così!*

*Se ella non vuol sostenere le spese di visite ed altro, perché allora non dimettermi. Io dissi che la ragione della mia stranezza non debbono cercarla nella pazzia, al mio posto ci starebbe bene chi è matto davvero e fa le cose da matto, non la Luigia. Se vuole tenermi qui allora ha tutto l'obbligo innanzi a Dio e innanzi alla società di farmi curare. Se non vedo una risoluzione, mi chiudo in un mutismo sereno e lascio poi la briglia sciolta ai nervi e ne faranno di me quello che credono.*

*Oggi le ho scritto un po' risentita, ma lei tanto buono perdona alla V. che soffre e domanda di cure.*

*Sperosa che vorrà tenermi presente e interessarsi di me la prego perdonare il modo risentito con cui Le ho scritto. La riverisco e mi creda sempre. Umilissima Luisa V."*

Continua la storia di Luigia. A dicembre, sempre del 1905, un nuovo internamento. Fu riammessa il 21 dicembre<sup>946</sup>, sotto la cura del Dottor Montesano. Nel diario il medico annotava che la ricoverata era dipendente dalla morfina e che diventava aggressiva quando non le veniva data. In base alle annotazioni raccolte per il giorno 9 gennaio, durante il ricovero continuarono anche le fuoriuscite di pus dall'addome che diedero il via alla procedura di dimissione dal manicomio per lo spostamento in ospedale. Luigia tuttavia non era gradita da nessuna delle due strutture.

*"E' stato richiesto il decreto di dimissione al Presidente del Tribunale. Frattanto attendo l'ordine del Procuratore del Re di liberazione (essendo la V. demente), si è mandata la paziente*

---

<sup>945</sup> *Ibidem.*

<sup>946</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, dicembre 1905.

*all'Ospedale San Giacomo, ove il prof. Posternalli non ha voluto riceverla, però l'ha visitata ed ha dichiarato che non ha urgenza di cure speciali chirurgiche e che basta per ora farle una medicatura. Ricoverata al Manicomio la V. si è mostrata prepotente, insolente, volendo imporre la sua volontà al medico del reparto ed ha rotto parecchi vetri al finestrone del corridoio. Si crede opportuno che venga ricondotta al riparto semi agitate, in attesa del decreto di dimissioni e che frattanto venga chiamato il Chirurgo dell'Istituto per le medicature all'addome*<sup>947</sup>.

Ovunque andava veniva allontanata. Isterica ma non da manicomio, malata ma non da ospedale. I medici del Santa Maria della Pietà continuavano a sollecitarne le dimissioni. E così al 15 gennaio 1906:

*“La V. secondo il parere del sottoscritto non è tipa da manicomio, piuttosto da carcere. Essa cerca di mettere il personale in cattiva luce presso i superiori e dall'occasione non rifuggirebbe da qualche simulazione di suicidio; non esclude il sottoscritto la possibilità che in qualche tentativo, essa vada “per accidentalità” oltre la propria intenzione, e si procuri realmente del male. E' per questo che date le condizioni del reparto semiagitate, non ignote certamente alla direzione, il sottoscritto ne ordina contro il proprio convincimento, le fasce ai polsi e ai piedi, e la consegna specialissima per quaranta ore. Possibile farla nel reparto, di notte*<sup>948</sup>.

E al 23 gennaio:

*“Il relatore mantiene invariato il giudizio detto nel precedente diario: non è soggetto da manicomio, e soprattutto del nostro. Dimessa altre volte col parere del Prof. Bonfigli, il primario dell'Osservazione (quarta volta) l'ha trasferita (vedi diario 21 febbraio/marzo 1905), con un giudizio che non giustifica completamente l'internamento al manicomio e il relatore leggendo questo giudizio ne propone la dimissione. Il Signor Direttore domanda, giorni fa, di nuovo il parere del sottoscritto, includendo una lettera del Signor Prof [...]”<sup>949</sup> nella quale si*

---

<sup>947</sup> *Ibidem.*

<sup>948</sup> *Ibidem.*

<sup>949</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

*davano informazioni sul contegno della V. fuori negli ospedali della città e di un furto commesso dalla V., per la quale era stata condannata. Il sottoscritto rispose che l'opinione sua personale era per la dimissione e che del resto il giudizio definitivo spettava al Direttore per legge*<sup>950</sup>.

Non finisce nemmeno questa volta l'epopea di Luigia, che continua a far parlare di se. Per gli agenti e i medici era la nota morfinista Gigia.

Ancora una volta fu internata. L'Autorità di Pubblica Sicurezza ne ordinò un altro ricovero<sup>951</sup> il 10 marzo 1906, come si evince dall'ennesimo diario compilato con il suo nome. Interrogata dai medici sostenne di voler uscire e minacciò qualora non fosse stata rilasciata di creare caos e scompiglio. Promise vendetta a quei medici che si rifiutavano di farle le iniezioni di morfina<sup>952</sup>. Luigia appariva consapevole del timore generato dal suo comportamento sugli altri, tanto da usarlo come strategia per ottenere quello che voleva. *“Facendole notare che essa potrebbe fare a meno di parlare, rivolgere minacce, dice che essa è immune da pene perché la prendono per matta, si mette a ridere, dimostrando piena coscienza dei suoi atti e delle conseguenze. Pur non potendosi mettere in dubbio che essa minacci più a parole che a fatti, e minacci soprattutto quelli che per esperienza sa che hanno paura di lei (l'ha confessato anche stamani a proposito di un dottore del manicomio, bisogna sempre pensare che in questi tipi isterici, mai fenomeno più probabile è quello che il fine ecceda la primitiva intenzione del soggetto, per un'impulsività la quale cresce istantaneamente e rapidamente di grado, pel fatto stesso di una resistenza e d'una manifestazione in un dato senso, fatta in primo tempo per finzione. Non potendosi perciò prevedere esattamente quali limiti avrebbero le reazioni pericolose del soggetto ed essendovi ora un nuovo periodo di morfinomania, si ritiene giustificato l'internamento*<sup>953</sup>.

Continuava lucidamente a creare il panico nel manicomio e a tenere sotto scacco medici e infermieri.

---

<sup>950</sup> *Ibidem.*

<sup>951</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Lettera del Dottor Barbieri, 5 marzo 1906.

<sup>952</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, marzo 1906.

<sup>953</sup> *Ibidem.*

Il giorno 14 aprile “*La V. non è molto adatta per il riparto semi agitate dove non vi è la possibilità di isolarla dalle altre e dove non vi è la guardia notturna permanente. La V. parla spesso di suicidio*”<sup>954</sup>.

Il 17 aprile “*Di mattino non volle levarsi dal letto all’ora stabilita, accusando dolori addominali. Il relatore la fece levare, la V. cerca di ribellarsi [...]*<sup>955</sup>*al relatore fece minacce contro la superiora (che aveva aggredito la mattina di Pasqua nella Chiesa). Minacce che sono state riportate alla direzione” e “Oggi dopo la visita è riuscita a sciogliersi dal letto del camerino (dove era stata messa dopo minacce ed atti violenti) e si è nuovamente barricata. Trasferita alle agitate*”<sup>956</sup>.

Il 26 giugno “*Ieri l’altro è stato chiamato il chirurgo per visitarla. Oggi il Signor direttore la fa accompagnare alla clinica [...]*<sup>957</sup> *per essere esaminata. La malata si trova nel reparto croniche dal 17 aprile e vi è stata trasferita, poiché, in seguito a minacce fatte, fu perquisito il letto e fu trovato un pezzo di vetro nascosto negli abiti [...]*<sup>958</sup>*, col quale la paziente si era proposta di fregiare una infermiera. Nel reparto croniche si è stati costretti a vincolarla talora la notte, per la mancanza di sorveglianza permanente, e ne fu regolarmente avvisata la direzione. Una volta, in seguito a contegno aggressivo verso un’altra malata del reparto (Lupis) è stata vincolata anche il giorno, vista la impossibilità di effettuare la separazione.*

*Il giorno del [...]*<sup>959</sup> *il relatore trovò che la V. si era prodotta da sé delle malfatture con un ago sul polso sinistro. La suora lo aveva già informato del fatto e delle minacce che aveva più volte preannunciato la V. Nulla è mutato nel contegno della paziente.” Il 28 giugno “Non è mai contenta di niente, dice male ora dell’uno ora dell’altro, aggredisce la malata Guerini*

---

<sup>954</sup>*Ibidem.*

<sup>955</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>956</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, marzo 1906.

<sup>957</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>958</sup>*Ibidem.*

<sup>959</sup>*Ibidem.*

(una vecchietta) e le fa i dispetti, le toglie i giornali, dando luogo a lamenti e [...] <sup>960</sup>manie senza fine”<sup>961</sup>.

L’8 luglio “Accusa la suora di volerne il trasferimento e di insinuare al dottore del reparto di mandarla in altro luogo. Essa lo sa perché una infermiera glielo ha detto. Ieri sera voleva per questo andarsene improvvisamente al riparto agitate, fece atto di ribellione alla suora. Mise sottosopra tutto il riparto”<sup>962</sup>.

Il 22 luglio “Questa mattina ha ordinato una perquisizione minuta della malata ed agli effetti di sua proprietà prima di effettuare il trasferimento. La malata si è ribellata a farsi perquisire dalla suora delle croniche. Ho disposto che sia perquisita alla presenza della suora delle agitate e che gli effetti siano consegnati alla suora assegnata al Villino Tommasini”<sup>963</sup>.

Il 29 luglio “La V. per i primi giorni di degenza nel Villino Tommasini ha mantenuto un contegno abbastanza disciplinato, ma sempre arrogante. Voleva trattamenti speciali, permesso di tenere stoviglie di ferro e vetro, acqua di [...] <sup>964</sup> nei pasti, inalazioni gargarismi, cure interne, visite speciali etc. Molto opportunamente tutto ciò non fu concesso, limitando le cure al necessario, giacché ieri minacciò la suora Carolina e voleva tirarle addosso il piatto con il quale le somministrava il vitto. Durante il parlatoio la sua soddisfazione è nel darsi al turpiloquio più il pianto. Insulta le altre malate (che) rinvangano il loro passato, le loro abitudini e ciò specialmente accade a [...] <sup>965</sup> di una prostituta che ho dovuto assicurare per due giorni e due notti in letto perché voleva reagire con le vie di fatto contro la V.; un’altra malata che stava tranquillissima ha preferito andare nel cortile delle agitate allo stare a contatto con la V.; un’altra malata ho dovuto tenere assicurata anche di giorno per il contegno ostile assunto da quando la V. è stata alloggiata nel dormitorio con sorveglianza speciale. Ieri le infermiere mi hanno avvertito che la V. ha espresso il desiderio di lasciare un nome celebre

---

<sup>960</sup> *Ibidem.*

<sup>961</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, marzo 1906.

<sup>962</sup> *Ibidem.*

<sup>963</sup> *Ibidem.*

<sup>964</sup> Non è stato possibile riportare integralmente il testo, a fronte della difficoltà di traduzione dalla documentazione originale.

<sup>965</sup> *Ibidem.*

*nel manicomio fregiando il Dottore come è stato sfregiato il Dottor Maiano. Ho accordato che come alle altre malate fosse fatto il fagotto degli abiti anche a lei e ripetutamente fatta perquisirla”<sup>966</sup>.*

*Dopo un anno il 3 febbraio 1907 “L’inferma non è più morfinista: da diversi mesi ha lasciato la cura della morfina (iniezioni). Ora ha carattere più trattabile, non impulsiva, ragionevole. Si rimette facilmente alle osservazioni e rispetta le regole dell’istituto. Ha facoltà morali come normali, talora soffre per i malanni fisici, gola, intestino e poi seni pustolosi dell’inguine per i quali è necessaria l’operazione chirurgica”<sup>967</sup>.*

Luigia durante l’internamento è comunque apparsa cosciente, capace di agire e soprattutto consapevole dei suoi gesti, fortemente motivata a uscire dal manicomio con ogni mezzo. Le lettere scritte<sup>968</sup> testimoniano questa caparbieta e mostrano il malessere vissuto dentro l’ospedale dei pazzi, luogo in cui si sentiva costretta e imprigionata. Luigia era così consapevole delle sue azioni che riuscì anche a chiedere scusa e a fornire delle motivazioni che giustificavano il suo temperamento.

*“Gentilissimo Signor Professore*

*Questa mane ho fatto male e lo riconosco da me, ma creda che è stato nel momento proprio di pazzia, perché ho dato retta gli insinuamenti, che dice infermiere che da due giorni mi fanno, dicendomi che se io levavo la cuffia a Suor Antonietta mi facevano un regalo oppure una, mi disse, ti do 5 lire subito. Siccome ieri ebbi a che dire con quella suora, io presa da chissà quali nervi ho fatto l’atto. Del resto Signor Professore se ella mi ha fatto legare ho accettato i suoi ordini. Sempre mi hanno detto che se tu le meni che ti fanno, a noi ci fanno rapporto, ma a te non possono farti nulla. Già ho chiesto perdono alla suora Antonietta e ora faccia lei quello che crede, ma sappia Signor Professore che io non l’ho trattata male quella sera, ma vi è qualche infermiera che gliene dice?....*

---

<sup>966</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, marzo 1906.

<sup>967</sup> *Ibidem.*

<sup>968</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Lettera di Luigia al Direttore.

*Perdoni Signor Professore, che ho scritto io che la suora fa subito la “rispostatrice” alle infermiere e mi compromette.*

*Lei tanto buono e caritatevole con me non vorrà certo farmi soffrire tanto del resto sono nelle sue mani e sotto la sua responsabilità e della sua vera coscienza e io mi sottometto a tutto.*

*Abbia sempre la benedizione di una vera infelice che non sa frenare i maledetti nervi”<sup>969</sup>.*

Luigia esce dal manicomio, ancora una volta per tornarci. Non dall’Ospedale ma dal Carcere delle Mantellate. Come si evince dall’atto di notorietà della Regia Pretura del V Mandamento, anche durante la permanenza in carcere diede segnali di esuberanza e turbamento fino a minacciare il suicidio e violenze contro la suora custode<sup>970</sup>. Fu inviata nuovamente d’urgenza in manicomio, dove per la seconda volta venne presentata attraverso il questionario compilato per l’ammissione. Si annotavano al suo interno l’esperienza detentiva<sup>971</sup>, il carattere eccitabile, la costante tensione nervosa, l’insonnia e la perdita di coscienza. La terapia somministrata consisteva in bagni, bromuri e lassativi. Nel diario<sup>972</sup>, invece, si registrava che nella prima fase del ricovero Luigia si era mostrata quieta, lucida, tranquilla, consapevole della sua esperienza carceraria durante la quale aveva discusso violentemente con un’altra detenuta che minacciava le suore. Messa alle strette dai medici del carcere che le chiedevano spiegazioni per il suo comportamento, quando le fu nuovamente prospettato il trasferimento in manicomio le sue parole furono “è meglio morire che stare dentro al carcere”.

E così fu nuovamente internata.

---

<sup>969</sup> *Ibidem.*

<sup>970</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Luigia V., Atto di notorietà, 28 aprile 1907.

<sup>971</sup> Luigia era accusata di appropriazione indebita. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Luigia V., Segreteria generale SMP, n. 1913, fasc.IX.

<sup>972</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V., Diario, 29 aprile 1907.

## V.

### Conclusioni. Resistenze e sofferenze

Jules Michelet<sup>973</sup> nel 1845 raccontava di una principessa errante<sup>974</sup>, che si era persa nei boschi. La principessa dopo aver girovagato a lungo tra gli alberi e i sentieri di un bosco si era imbattuta in un castello disabitato, unico rifugio presente davanti a sé. Felice di aver trovato un posto dove poter riposare entrò nel palazzo e iniziò ad attraversare tutte le stanze, senza incontrare ostacoli. Era sola, ma si sentiva libera. Tutte le porte erano aperte, i corridoi senza alcun impedimento per il passaggio, solo sulla porta di ingresso c'era una piccola ragnatela, molto sottile e leggera. Quando la principessa decise di uscire dal palazzo per continuare il suo viaggio andò verso l'ingresso e spostò la ragnatela per varcare il portone. Appena riuscì a togliere la ragnatela, ne trovò un'altra, e la spostò come fece con la prima. Dopo ne trovò un'altra ancora e così via, finché sfinita si buttò a terra di fronte all'insormontabile difficoltà “*guardando tristemente l'aereo ostacolo, che danzava nel vento, leggero vincitore [...]*”<sup>975</sup>.

Questa metafora dello storico francese ben rappresentava la condizione della donna verso la fine dell'800 e l'inizio del '900 con “le ragnatele” e gli ostacoli che ne deformavano l'immagine e soprattutto ne impedivano una consapevole affermazione.

---

<sup>973</sup> Jules Michelet (nato a Parigi nel 1798 e morto a Hyères nel 1874), importante storico francese, durante la sua carriera ottenne l'incarico di direttore della sezione storica degli Archivi nazionali (1831) e la Cattedra di Storia del Collège de France (1838). Di impostazione liberale considerava la storia come “la resurrezione della vita integrale del passato”, operata mediante il documento, il simbolo e la poesia e ne ebbe una “visione totale”. Per lui la storia era politica, religione, scienze, arti, letteratura, diritto, filosofia e doveva essere studiata attraverso l'analisi di tutti i soggetti coinvolti nel processo storico. La storia era la storia dei popoli e la storia delle nazioni. Tra le sue opere *Storia di Francia (Histoire de France, 1833-1844 e 1855-1867)* *Storia della rivoluzione (Histoire de la Révolution, 1847-1853)*, *L'uccello (L'oiseau, 1856)*, *Il mare (La mer, 1861)*, *La donna (La femme, 1860)*.

<sup>974</sup> J. Michelet, *Il prete, la donna, la famiglia*, G. Fantini, Torino 1850, pp. 189-190.

<sup>975</sup> *Ibidem*.

Come la principessa di Michelet anche le detenute del Santa Maria della Pietà erano donne di fine secolo ed erano imbrigliate dentro un'immagine di se stesse "fissa", determinata e stabilita nei ruoli e nelle funzioni, da cui era difficile uscire, se non perdendo quelle caratteristiche di femminilità e virtù che le avrebbero rese parte fondamentale della società.

Sicuramente l'obiettivo di Michelet non era quello di portare alla luce le difficoltà che le donne incontravano nel vivere la propria soggettività, eppure, nel tentativo di fare storia, con questa immagine lo storico era riuscito a rendere chiari i limiti e le difficoltà incontrati dalle donne nella ricerca della libertà. Egli cercava nella storia una "*unité vivante des elements naturels et géographiques*"<sup>976</sup> e voleva descriverla come una "*resurrezione della vita integrale [...] nei suoi organismi interiori e profondi*"<sup>977</sup>. Intendeva fare la storia analizzando la vita interna dei popoli per comprendere "*i suoi pensieri e i suoi sentimenti in relazione a loro stessi e al loro destino*"<sup>978</sup>. Per questo fu uno dei primi studiosi a ritenere necessaria nel suo lavoro l'osservazione di tutte le persone coinvolte nei processi sociali come i bambini, le donne e le classi definite ignoranti. Le donne per lui non erano soggetti trascurabili soprattutto se "*donne del popolo*"<sup>979</sup>, perché avevano il merito di essere riuscite a far sopravvivere le proprie famiglie nelle difficoltà della vita quotidiana<sup>980</sup>. Erano le uniche in grado di gestire l'organizzazione interna del nucleo familiare.

Tuttavia Michelet pur riuscendo a vedere la presenza delle donne nella storia e nella società, riteneva che il loro contributo fosse di natura diversa da quello apportato dagli uomini e che pertanto la loro educazione e la loro formazione dovesse essere diversificata. "*L'educazione doveva essere diversa per il ragazzo e la ragazza, perché diverse erano le loro vocazioni e tendenze naturali*"<sup>981</sup>. Mentre l'uomo doveva vivere la storia come lotta, apprendere l'arte giuridica e vivere la sfera pubblica, la donna doveva vivere la natura, rappresentazione di sé stessa, del suo biologico, delle sue qualità di madre. Infatti per Michelet la storia declinata

---

<sup>976</sup> J. Michelet, *Histoire de France*, A. Lemerre, Paris 1885, p. 4.

<sup>977</sup> *Ibidem*.

<sup>978</sup> J. S. Mill, Michelet's History of France, in «Essay on French History and Historians», Call. Works a cura di J.M. Robinson, Voll.XX, University of Toronto Press, Routledge & Kegan Paul, 1985, pp.221-255.

<sup>979</sup> J. Michelet, *Cours professé au Collège de France*, Chamerot, Paris 1847-1848, p.48.

<sup>980</sup> *Ibidem*.

<sup>981</sup> J. Michelet, *La donna*, Liguori, Napoli 1977, p.146.

al femminile “era un rude e selvaggio maschio, un viaggiatore abbronzato, polveroso. La natura è donna”<sup>982</sup>. E la storia per la donna era “soprattutto una base religiosa e morale”<sup>983</sup>.

La donna era quindi natura ed a essa doveva essere rapportata. Qualsiasi tentativo di discostarsi da tale visione la conduceva inequivocabilmente nella sfera della devianza e dell’anormalità<sup>984</sup>. La donna fuori la natura e fuori la sua biologia era un soggetto criminale<sup>985</sup>. Uscire dai ruoli consentiti la portava a degenerare e a compiere atti socialmente non accettati<sup>986</sup>. Le riflessioni illustrate da Michelet mostravano bene il quadro culturale e il contesto all’interno del quale si sono sviluppate le vicende di Luigia, Esterina, Pasqua, Teresa e Giulia. Queste donne imprigionate dentro le dottrine deterministe e il positivismo del tempo altro non potevano diventare che degenerate, esempi di donna in negativo, a prescindere dal ruolo giocato nelle loro vite dal disagio, dalla povertà, dalla necessità di lavorare, dall’aver avuto più uomini, dalle promesse non mantenute, dalla maternità illegittima. Vivevano in manicomio, come tante altre persone, in virtù di quella psichiatria che “attraverso la rigidità delle classificazioni e lo schematismo astratto dei sistemi diagnostici standardizzati [...]” rappresentava “un effettivo

---

<sup>982</sup> *Ivi*, p. 38.

<sup>983</sup> *Ivi*, p.148.

<sup>984</sup> Sul concetto di devianza intesa come “deragliamento patologico dalla normalità” si legga E. Musumeci, *Cesare Lombroso e le neuroscienze: un parricidio mancato. Devianza, libero arbitrio, imputabilità tra antiche chimere ed inediti scenari*, FrancoAngeli, Milano 2013, pp.28-29. Nei testi di Lombroso non compare mai una definizione esplicita della persona deviante o anormale, semplicemente una raccolta o elenco di segni e sintomi della devianza i quali, per contrasto, introducono il concetto di norma e uomo normale. Il metodo lombrosiano si distingue da quello degli altri positivisti per il suo procedere in negativo, poiché “l’antropologia criminale è una sorta di antropologia rovesciata negativa, in cui il protagonista non è un soggetto generale e tautologicamente definito: è l’antropologia del negativo, dei bordi e dei confini entro cui “il normale” come in una specie assediata, si rinserra e difende”( cfr. R. Villa, *Il deviante i suoi segni. Lombroso e la nascita dell’antropologia criminale*, FrancoAngeli, Milano 1985, p.8).

<sup>985</sup> H. Prinsin M.D. Serrano Tárrega, C. Vázquez González, *Delincuencia Femenina: Nuevas perspectivas para su estudio*, in «Cuadernos de Política Criminal», 2006 Segunda Época, III disponibile on-line su [www.uned-illesbalears.net](http://www.uned-illesbalears.net). Come Lombroso, anche W. I. Thomas riteneva che la donna fosse destinata ad uno stadio di evoluzione inferiore rispetto all’uomo, ravvisando però le ragioni del suo comportamento criminale nell’imperfetta realizzazione dei suoi istinti biologici, fondamentali nel processo di integrazione sociale e nel periodo di socializzazione familiare. Thomas sosteneva che la criminalità femminile fosse dovuta da una parte alla perdita dell’unità familiare tradizionale, scatenante nella donna un sentimento di sconcerto a causa dell’assenza di una cornice adeguata (la famiglia) per il controllo del suo istinto biologico-amoroso, e dall’altra parte da un disaccordo con le istanze pubbliche di controllo. Ciò produceva un conflitto fra i modelli di comportamento familiare e sociale, che si risolveva con la commissione di atti socialmente non approvati. “La donna” delinquente era una rara anomalia rispetto alla donna tradizionale.

<sup>986</sup> T. Miralles in M.D. Serrano Tárrega, C. Vázquez González, *op. cit.*

*impedimento alla comprensione e alla cura dell'altro*<sup>987</sup>. Come ha ben evidenziato Giovanni Jervis, sebbene molti anni più tardi, il problema fondamentale della psichiatria del tempo era quello di non aver colto il rapporto esistente tra oppressione politica, miseria, sofferenza psicologica e patologia mentale<sup>988</sup>. Le folli, primitive, come i colonizzati<sup>989</sup>, erano persone sottoposte alla quotidiana umiliazione della povertà, erano “*individui realmente diminuiti e sviati nelle loro capacità psicologiche questo non certo per una predisposizione innata*”<sup>990</sup>, ma per “*l'insufficiente alimentazione, la poca salute [...] la ripetitività di una vita che è sempre stata povera di immagini, parole, idee, possibilità di scelta critica e riempita invece di opaca violenza, sottomissione, paura*”<sup>991</sup>. Lo studio e l'osservazione della follia, tuttavia, tra la fine dell'ottocento e l'inizio del novecento, al tempo di Luigia, Esterina, Pasqua, Teresa e Giulia, si basava ancora quasi esclusivamente sulle teorie organiciste e ignorava il ruolo giocato nella manifestazione della patologia mentale dai fattori ambientali, economici e sociali.

Da questo mancato incontro tra vita reale e dottrine scientifiche e dall'incapacità della psichiatria di fornire spunti e ipotesi per il superamento del disagio psichico<sup>992</sup> nasceva la necessità di rinchiudere attraverso la sentenza della follia, tutte quelle donne che apparivano pericolose. Essere donne, nella versione socialmente accettata del termine, era già a prescindere

---

<sup>987</sup> M. Galzigna, *La sfida dell'altro. Per una critica dell'io unitario*, in M. Galzigna (a cura di), *La sfida dell'altro. Le scienze psichiche in una società multiculturale*, Marsilio, Venezia 1999, p.20.

<sup>988</sup> M. Semenzato, *La follia dei dannati. Frantz Fanon e la psichiatria, tra potere e dolore, cura e rivoluzione*, Ipc, Milano 2012, p.124.

<sup>989</sup> Doveroso il richiamo a Frantz Fanon e ai suoi studi sulla psichiatria coloniale che mettono in evidenza il ruolo svolto dalla medicina nella pratica di “*oggettivare, incapsulare, imprigionare*” l'Altro. Le folli, come i colonizzati, sono persone ritenute primitive e inferiori sulla base di specifiche caratteristiche organiche (cfr. F. Fanon, *Decolonizzare la follia*, OmbreCorte, Verona 2011, p.31). Emblematiche a riguardo le osservazioni del filosofo L. Lévi-Bruhl e dello psichiatra A. Porot, figure di spicco agli inizi del '900. “*La mentalità primitiva intensamente mistica è poco concettuale, sente in modo intenso, ma non analizza, non astrae più di tanto [...] non formula mai giudizi di valore generali, fondati sulla comparazione positiva di oggetti in apparenza molto dissimili tra loro*” (cfr. L. Lévy-Bruhl, *La mentalità primitiva*, Einaudi, Torino 1996, p.396). “*Blocco informe di primitivi per la maggior parte profondamente ignoranti e creduloni, assai lontani dalla nostra mentalità e dalle nostre reazioni [...] La sua passività non è l'espressione di una rassegnazione consapevole: è la manifestazione spontanea di un temperamento spesso debole, egli vive nel presente e nel passato ma è abbastanza indifferente all'avvenire*” (cfr. A. Porot, *Notes de Psychiatrie musulmane*, in «*Annales Médico-Psychologiques*», tomo IX, 1918, 74, p.378).

<sup>990</sup> M. Semenzato, *op.cit.*, p.124.

<sup>991</sup> G. Jervis, *Prefazione*, in G. Pirelli (a cura di), *Opere scelte di Frantz Fanon*, Einaudi, Torino 1971, p.13.

<sup>992</sup> Si legga a riguardo F. Fanon, *L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites*, in «*La Tunisie Médical*», 37, 10, 1959, p.727. Nell'articolo lo psichiatra insiste, contrariamente all'impostazione della psichiatria del tempo, sulla necessità di rivolgersi alla storia dei pazienti, intesa come luogo di una dialettica ininterrotta tra soggetto e mondo, all'interno del quale è possibile trovare la genesi della situazione conflittuale, il suo graduale sviluppo e gli elementi per un suo possibile superamento.

un pericolo, una malattia. “*La donna*” nella cultura del tempo “è una malata [...] L’uomo è un cervello, la donna una matrice. La donna dipende economicamente dall’uomo, le occorre un guardiano che la protegga da se stessa e dagli altri. La donna è la domenica dell’uomo. Esiste soltanto in funzione dell’uomo. Il matrimonio resta la realizzazione della donna”<sup>993</sup>.

Sulla base di questa definizione fornita da Michelet è possibile ragionare su come le detenute del Santa Maria della Pietà si siano trovate a non essere donne, non per propria volontà. Giulia non era sposata a causa del trasferimento in campagna del padre<sup>994</sup>, Luigia era stata rifiutata in matrimonio dopo aver acconsentito ad un rapporto sessuale<sup>995</sup>, Esterina aveva il marito in carcere e non riusciva a provvedere al sostentamento per lei e per i propri figli<sup>996</sup>, Pasqua era separata, riaccompagnata e lavoratrice per necessità<sup>997</sup>. Non erano donne normali<sup>998</sup>, probabilmente perché le circostanze di vita non erano state favorevoli alla loro realizzazione sociale, ma ugualmente erano da allontanare perché modelli negativi per la formazione della società dei sani. La donna era vittima di quell’impostazione deterministica che la vedeva come il risultato della biologia, del corpo sessuato che era rappresentazione della natura e del suo

---

<sup>993</sup> J.Michelet, *La donna, cit.*, pp. 105-117.

<sup>994</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.//, Cartella Clinica Giulia M., Sala d’Osservazione.

<sup>995</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 92, Cartella Clinica Luigia V. Sala d’osservazione, 2 aprile 1903.

<sup>996</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 721, Cartella Clinica Esterina M., Diario I internamento.

<sup>997</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica, Pasqua P., Sala d’Osservazione, 14 luglio 1909.

<sup>998</sup> Non erano donne normali, nel senso che si discostavano dalla norma, in base alla definizione per cui “una donna è definita degenerata se manca di affetto materno” (Cfr. G. Mattenklot, “*Dégénérescence*”. *La théorie de la dégénération culturelle chez Max Nordau*, in D. Bachtel, D. Bourel, J. Le Rider, Max Nordau (1849-1923). *Critique de la Dégénérescence, médiateur franco-allemand, père fondateur du sionisme*, Cerf, Paris 1996, p. 161).

andamento ciclico<sup>999</sup>. Era alienata, era un infante<sup>1000</sup> perenne, esterna alla storia, perché inferiore all'uomo. Era donna in virtù del suo organismo, secondo quella interpretazione comtiana che precisava che “era l'organismo e non l'ambiente a farci uomini, piuttosto che scimmie o cani”<sup>1001</sup>. Le donne erano aliene alla società civile<sup>1002</sup>, dovevano essere tenute lontane dal lavoro e dalle attività a pagamento, escluse da ogni inserimento produttivo e politico. “L'uomo deve nutrire la donna”<sup>1003</sup>, il vero progresso consisteva nel rendere la vita femminile sempre più domestica e nel liberarla dal lavoro esterno, per stimolare al massimo la funzione affettiva<sup>1004</sup>. Per raggiungere tale scopo doveva essere dispensata da ogni produzione materiale, non doveva avere né gestire beni. La sua unica missione era quella di amare<sup>1005</sup>.

Eppure l'abbandono delle campagne, l'urbanizzazione, la nascita del proletariato andarono in senso opposto alle teorie deterministe, creando delle nuove categorie sociali, ibride, che non incarnavano bene nessuno degli stereotipi accettati. La donna che lavorava, non era

---

<sup>999</sup> Le teorie dello sviluppo sessuale si concentravano sulle differenze di natura endocrinologica tra uomini e donne e sull'incidenza che avevano gli ormoni sull'inclinazione al crimine. Analizzando il rapporto tra sesso, reazioni emotive e criminalità, si affermava che la maggiore aggressività degli uomini rispetto alle donne era dovuta alla prevalenza di ormoni androgeni, nello specifico il testosterone, che influenzava fortemente la loro aggressività. Al contrario, gli ormoni femminili, producevano estrogeni e progesterone che favorivano comportamenti decisamente meno aggressivi. Questa considerazione avrebbe spiegato l'assenza, o il basso quantitativo, di reati violenti commessi da parte delle donne. La spiegazione endocrinologica sulla capacità a delinquere femminile sottolineava l'importanza dello studio della psicopatologia delle donne durante le crisi biologiche di genere ovvero la pubertà, la maternità e la menopausa, nonché durante le crisi catameniali (periodi mestruali), in quanto a queste fasi di sviluppo biologico sessuale seguirebbe, teoricamente, un aumento delle attività criminali. In particolare, è stata studiata la delinquenza femminile in relazione al periodo mestruale. Nel 1933 venne pubblicato un articolo intitolato *Is There a Relation Between Kleptomania and Female Periodicity in Neurotic Individuals?*, dove venne individuata la causa della delinquenza femminile proprio nella crisi catameniale. In Spagna, uno studio realizzato da Aznar Blanes alla fine degli anni '60 stabilì una relazione causale tra mestruazione e disturbo mentale: la gravità della condotta delittuosa della donna sarebbe stata proporzionale al grado di disturbo subito durante il periodo mestruale (Cfr. A. Walsh, in V. Garrido Genovés, *Principios de Criminología*, Tirant Lo Blanch, Valencia 1999, p. 316; J. A. Gray in Serrano Tárraga, , *op. cit.*, p. 6, L. Moledo in Serrano Tárraga, M., *op. cit.*, p.6; M.Clemente Díaz, *Delincuencia femenina: Un enfoque psicosocial*, UNED, Madrid 1987, p. 147, B. Aznar Blanes in Serrano Tárraga, M., *op. cit.*, p. 6.)

<sup>1000</sup> L. Lévy-Bruhl (a cura di), *Lettera di Comte a Mill (1841-1847)* in *Correspondance de John Stuart Mill et d'Auguste Comte*, Alcan, Paris 1899, Lettera di Comte a Mill 1841-1847, p.231.

<sup>1001</sup> *Ivi*, p. 275

<sup>1002</sup> A riguardo si legga G.W.Hegel, *Fenomenologia dello spirito*, Rusconi, Milano 1995, p.188. Lo schema di riferimento è quello hegeliano del rapporto tra Signoria e Servitù. Le folli internate, in virtù dell'assenza di riconoscimento come soggetto da parte dell'Altro e quindi della reciprocità che si sviluppa tra soggetti coscienti, non sviluppano una coscienza per sé, ma una coscienza per l'Altro, nel caso specifico per l'uomo. La loro essenza è nell'essere per l'Altro e non potranno che essere serve.

<sup>1003</sup> A. Comte, *Système de politique positiviste. Discours préliminaire*, Oeuvres, Vol. I, Mathias, Paris 1851, p.248.

<sup>1004</sup> *Ivi*, p. 249.

<sup>1005</sup> *Ivi*, p. 254.

donna a tutti gli effetti perché non era in casa ad accudire i figli, ma non era nemmeno lavoratrice nel senso pieno del termine perché il suo salario era più basso di quello di un uomo. La donna che svolgeva attività domestica presso altre case, se da una parte era al riparo dei rischi del lavoro in fabbrica, dall'altra pur svolgendo mansioni ritenute tipicamente femminili, era impossibilitata a raggiungere pienamente la sua dimensione di donna, perché non maritata e spesso sottoposta ad avances e abusi da parte dei datori di lavoro, che terminavano con gravidanze illegittime. La posizione naturale della donna era quindi quella della casa familiare o maritale dove sarebbe stata al riparo dai pericoli e dai problemi, che qualsiasi altra dimensione di vita le avrebbe procurato. Essa andava tenuta *“lontano dalle miserie del lavoro specializzato in cui l'operario consumava i suoi giorni”*<sup>1006</sup>. La donna alienata ed esclusa dalla vita sociale, per contro, doveva vedere esaltate le proprie funzioni femminili come quella di creare uomini<sup>1007</sup>.

In questi obblighi sociali mancavano le detenute internate presso il Santa Maria della Pietà, colpevoli di non rappresentare la donna nel suo senso più sublime. Eppure un'analisi attenta delle loro storie mostra come spesso siano state le contingenze e quei ruoli rigidi a impedire a Esterina, Luigia, Pasqua, Giulia e Teresa il raggiungimento di una dimensione esistenziale in grado di inserirle pienamente nella società del tempo. Delle cinque detenute analizzate solo per Teresa risulta difficile tracciare un percorso di questo tipo (a fronte della scarsa documentazione presente nel suo fascicolo personale) anche se la sua preferenza per la vita manicomiale<sup>1008</sup> a quella esterna l'istituto lascia supporre che per la ricoverata l'internamento fosse la soluzione di vita ritenuta migliore. Pasqua era lavoratrice, vendeva frutta e voleva ottenere una licenza<sup>1009</sup> negatale in virtù di quella difficoltà a considerare la donna autonoma economicamente<sup>1010</sup>. Allontanarsi dai doveri domestici la rendeva pericolosa e non desiderosa di assolvere le sue funzioni sociali. Era inoltre separata, fuori dal vincolo matrimoniale, quindi senza protezione e sostegno. Il contenuto delle sue allucinazioni anche richiamava quel malessere sociale relativo alla considerazione che una donna non più coniugata

---

<sup>1006</sup> J. Michelet, *La donna, cit.*, p. 241.

<sup>1007</sup> J. Daubié, *La femme pauvre au XIX siècle*, Coté-Femme, Paris 1992-1993.

<sup>1008</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Diario, 8 aprile 1910.

<sup>1009</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica, Pasqua P., Sala d'osservazione, 14 luglio 1909.

<sup>1010</sup> L. Lévy-Bruhl (a cura di), *op. cit.*, p.249.

e riaccompagnata riceveva<sup>1011</sup>. Erano le parole che risuonavano nella sua mente, pronunciate dalla figlia e dal fratello di Nazareno, a suggerire quanto fosse percepita anormale la situazione di avere un compagno di vita, che non fosse il marito. “*Mentre stava a dormire nella sua capanna con il suo uomo, cominciò col sentire una voce che le sembrò quella del fratello dell’uomo col quale conviveva, tale voce diceva “brutta porca!”*”<sup>1012</sup> e ancora “*Fu condotta in carcere e continuò a sentire parole insultanti, tra le quali riconosceva la voce di una figlia di Nazareno*”<sup>1013</sup>.

A Giulia invece era stata negata la possibilità del matrimonio, a seguito del trasferimento in campagna della famiglia, come lei stessa raccontava<sup>1014</sup>. Era sotto la tutela del padre, in virtù di quel principio per cui una donna nasceva figlia e poi sposa. Giulia non ha avuto la possibilità di compiere pienamente il percorso che la cultura del tempo le imponeva. Da qui il suo continuo viaggiare in cerca di soluzioni alternative che le dessero la possibilità di esprimersi. E sempre in linea con lo spirito del tempo si rifugiò nella monacazione, unica alternativa prevista al matrimonio. Una seconda scelta, mal vissuta, che terminò negativamente, con l’espulsione dall’Ordine delle Suore di carità<sup>1015</sup>. Non restò che la fuga, al sud d’Italia, perché l’America era troppo lontana e costosa<sup>1016</sup>. Per lei si aprì la strada della follia e dell’internamento.

Esterina invece aveva un marito e finché era a casa con lui e con i figli tutto sembrava procedere senza problemi<sup>1017</sup>. Anche i maltrattamenti subiti dal marito, che pare le abbiano procurato un aborto<sup>1018</sup>, rientravano nella sfera del privato e non rappresentavano per lei e i medici degli abusi da cui essere protetta<sup>1019</sup>. La situazione precipitò quando il marito andò in carcere per scontare una condanna per furto<sup>1020</sup> ed Esterina si trovò sola a dover provvedere ai figli e a resistere alle prepotenze della suocera che la voleva lontano dalla casa<sup>1021</sup>. Sono le

---

<sup>1011</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica, Pasqua P., Sala d’osservazione, 14 luglio 1909.

<sup>1012</sup> *Ibidem.*

<sup>1013</sup> *Ibidem.*

<sup>1014</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Sala d’Osservazione.

<sup>1015</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4326, Cartella Clinica Giulia M., Lettera paterna, marzo 1906.

<sup>1016</sup> *Ibidem.*

<sup>1017</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario, 10 aprile 1907.

<sup>1018</sup> *Ibidem.*

<sup>1019</sup> *Ibidem.*

<sup>1020</sup> *Ibidem.*

<sup>1021</sup> *Ibidem.*

parole che i medici del Santa Maria della Pietà riportano come parole di Esterina a fornire una chiave di lettura sulla situazione. *“La pazzia dice può venire in mille modi, a me venne perché stavo in miseria; appena mio marito tornò e non mi mancò nulla, la pazzia scomparve”*<sup>1022</sup>.

Per Luigia la situazione si presentava più complessa. Figlia di madre irascibile e quindi già malata in virtù delle leggi sull'ereditarietà<sup>1023</sup>, molto giovane restò senza padre, fratello e fidanzato<sup>1024</sup>, completamente sola, in un contesto che non prevedeva questa dimensione di vita. Si affidò all'amore di un nuovo fidanzato che la ingannò con una promessa di matrimonio e consumò un rapporto sessuale con lei<sup>1025</sup>. La reazione di Luigia fu violenta, quasi pari al danno subito<sup>1026</sup>, quello di un rapporto illegittimo che le avrebbe impedito per sempre la possibilità di una vita regolare. La morfina diventò uno strumento di gestione del dolore e della disperazione della internata, che diede libero sfogo alle sue sensazioni e emozioni<sup>1027</sup>. Iniziò la sua vita tra ospedali e manicomio, dove le fu negata anche la possibilità di vivere nuove forme di amore, indirizzate verso persone dello stesso sesso. *“Ha un debole per le donne e molto più per le suore. Dice che è indifferente per qualsiasi uomo (dopo lasciato il fidanzato), ma sente così molto per qualche simpatia di donna che sarebbe capace fare chi sa quale pazzia [...]”*<sup>1028</sup>.

---

<sup>1022</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario, 14 aprile 1907.

<sup>1023</sup> L'ereditarietà dei caratteri determinati dall'interazione con l'ambiente era considerata il carattere fondamentale della degenerazione. La degenerazione si trasmetteva alla generazione successiva in forma aggravata secondo un modello evolutivo inverso e accelerato. Ciò che salvava l'umanità era la tendenza alla sterilità dei degenerati, la loro naturale vocazione all'estinzione. La degradazione delle risorse del tipo primitivo era conseguenza dell'interazione con l'ambiente, era l'esito di influenze fisiche o pratiche, comportamentali e morbose e le tare fisiche e morali che ne conseguivano venivano poi trasmesse, ogni volta accentuate, alla prole (cfr. B. A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, cit. pp. 1-2).

<sup>1024</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3998, Cartella Clinica Luigia V., Sala d'osservazione.

<sup>1025</sup> *Ibidem*.

<sup>1026</sup> ASMP, Fascicolo n. 3998, Cartella Clinica, Luigia V., Sala d'osservazione, trascritta dall'infermiere, 2 aprile 1903. *“Si innamorò di un giovane segretario di Prefettura in Frosinone, amoreggiò col suddetto per un anno circa, ma poi vedendo che questi incominciava a trascurarla e differire da un mese all'altro il matrimonio, la suddetta cominciò a concepire una vendetta e ne fece tale promessa a se stessa, che si risolse di mettere in pratica il suo progetto. L'amore tra la malata e il giovane fu un amore intimo, perché avendogli un giorno detto il fidanzato che non l'avrebbe sposata se prima non darà prova di essere onesta, la paziente sicura che sarebbe stata sposata accondiscese alle voglie del giovane e si dette a lui, ma passati pochi mesi non intendeva come disse di più sposarla. La Venanzi una sera uscì di casa ed incontrato per una via osserva il fidanzato, lo affrontò domandandogli a brutto modo che cosa intendeva di fare, ed avendo avuto per tutta risposta che non intendeva riparare il danno fatto, ella in un momento dei suoi scatti nervosi, lo prese per il petto e alzando la mano destra con l'indice della medesima levava l'occhio sinistro al detto giovane.”*

<sup>1027</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3998, Cartella Clinica Luigia V., Sala d'osservazione.

<sup>1028</sup> ASMP, Cartella Clinica, Fascicolo n.3998, Luigia V., Sala d'osservazione, trascritta dall'infermiere, 2 aprile 1903.

L'omosessualità<sup>1029</sup>, altro non era per la medicina del tempo, che un'ulteriore conferma della tendenza alla degenerazione sotto il profilo morale e intellettuale<sup>1030</sup>.

Donne sole, in balia del disagio e della sofferenza, abituate a non percepirsi idonee e giuste perché costrette a vedersi “*come gli uomini le immagina(no) e non come esse sono nella loro realtà e singolarità*”<sup>1031</sup>. Il loro essere non solo non le rendeva idonee a migliorare la qualità e la quantità della popolazione<sup>1032</sup>, ma le esponeva a una serie di pericoli e situazioni rischiose (promiscuità nel lavoro, scarso salario, gravidanze illegittime) per cui era fondamentale rinunciare alla vita sociale per tornare alla propria vocazione più autentica, quella di sposarsi, avere una famiglia e stare a casa<sup>1033</sup>. Ma per le internate tutto ciò era impossibile, anche dopo guarite. Una volta emessa la sentenza della follia, per loro non era più prevedibile il reinserimento sociale, se non attraverso la cura di familiari e parenti, nella casa originaria, dentro le mura domestiche. “*La natura le ha fatte non deboli, come si dice comunemente, ma inferme, periodicamente ammalate; natura più che persone, creature del mondo siderale, escluse, in conseguenza delle loro ineguaglianze, dalla maggioranza delle funzioni rigide delle società politiche*”<sup>1034</sup>. Le donne quindi erano donne vere dentro la casa. Fuori le mura si trasformavano in criminali, mostri e pazze. In tutti e tre i casi dovevano essere custodite in manicomio o carcere e non in casa.

---

<sup>1029</sup> L'omosessualità, come l'anestesia e l'ipoestesia sessuale, l'iperestesia sessuale, il sadismo, il masochismo, l'esibizionismo, la zoofilia erotica e l'autosessualismo erano segni della degenerazione umana nella sfera sessuale, che doveva essere ricondotta unicamente ai rapporti con finalità procreative (cfr. Richard von Krafft-Ebing, *op. cit.* e *Trattato clinico pratico delle malattie mentali*, Vol. II, Bocca, Torino 1885).

<sup>1030</sup> Partendo dalla definizione di degenerazione prodotta da Morel nel 1857, (degenerazione è frutto dell'ereditarietà dei caratteri determinati dall'interazione con l'ambiente e si trasmette alla generazione successiva in forma aggravata secondo un modello evolutivo inverso e accelerato), che influenzò molto gli studi successivi in ambito psichiatrico quali quelli di Magnan e Lombroso (cfr. V. Magnan, *Traité de thérapeutique appliquée. Traitement des maladies mentales*, Rueff, Paris 1898 e C. Lombroso, *L'uomo delinquente, cit.*), si arriva ad una concezione della degenerazione che non viene più considerata come conseguenza unica del principio di ereditarietà. “In primo luogo l'ereditarietà, di cui faceva un criterio assoluto non poteva servire come riferimento unico per un raggruppamento particolare. L'intero dominio dell'alienazione è legato, in effetti, alla nozione di ereditarietà e prenderla come base esclusiva porta a fraintendimenti (cfr. Jules Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés, cit.*). Dallemagne affermava la centralità nell'analisi della degenerazione della nozione di regressione, secondo cui la perdita delle facoltà procedeva dalle più elevate capacità intellettuali verso le più semplici funzioni vegetative. I segni della degenerazione si dividevano per lo studioso in anatomici, fisiologici, morali e intellettuali. Tra questi ultimi erano compresi i comportamenti sessuali non mirati alla procreazione.

<sup>1031</sup> D. Armogathe, M. Ambistour, *Histoire du féminisme français*, Ed. Des femmes, Paris 1977, p. 262.

<sup>1032</sup> J. Michelet, *La donna, cit.*, p. 71.

<sup>1033</sup> *Ibidem.*

<sup>1034</sup> *Ivi*, p. 272.

La donna doveva, quindi, essere rinchiusa sempre. Dal padre e dal marito dentro casa, dai medici dentro il manicomio. Il richiamo è all'immagine della donna inferiore che se non bloccata dentro la dimora familiare, diventava, oltre che inferiore anche pericolosa assumendo comportamenti inadeguati per la società. La pericolosità era un attributo presente "in pectore" in ogni donna, pronto ad esplodere in qualsiasi momento. La donna era a prescindere limitata e da circoscrivere alla sfera familiare, alla condizione del silenzio. Qualora si interrompeva la dimensione del silenzio, qualora qualche donna provava ad opporsi esplicitamente, qualora sfidava l'autorità paterna o familiare e maritale automaticamente incorreva nello stigma<sup>1035</sup> della malata-folle-pericolosa.

La donna per tutti era la donna che il positivismo imponeva con Comte<sup>1036</sup> e Proudhon<sup>1037</sup> e che la Mozzoni<sup>1038</sup> contrastava con forte ironia "*Fatta dall'uomo per l'uomo [...] dolenti di*

---

<sup>1035</sup> Il termine stigma viene perlopiù associato a Erving Goffman e alle sue ricerche sulle identità negate (cfr E. Goffman., *Stigma, cit.*) anche se una prima definizione si ha nella scuola della Salpetrière. "[...] in generale le stigmate sono anzitutto un segno essenziale e permanente. E' del resto ciò che in sintesi afferma Paul Blocq "secondo l'insegnamento del Professor Charcot, designeremo come stigmate dei segni che, per la frequenza della loro presenza, per la specificità dei loro caratteri, la costanza della loro durata, possono essere considerati come patognomici". Riguardo alla degenerazione in senso assoluto, Legrain definisce le stigmate come "ogni disposizione organica congenita e permanente il cui effetto è porre ostacoli al compimento regolare della funzione corrispondente e di distruggere l'armonia biologica in cui la specie trova gli strumenti per assecondare il proprio doppio fine naturale della conservazione e della riproduzione" (cfr. J. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés, cit.*, p. 172).

<sup>1036</sup> Comte era un sostenitore dell'inferiorità naturale della donna rispetto all'uomo. La teoria di Gall sulle funzioni cerebrali, secondo lo studioso, "comincia a fare scientificamente giustizia di quelle chimeriche dichiarazioni rivoluzionarie sulla pretesa eguaglianza dei due sessi [...] Oggi non si può seriamente contestare l'evidente inferiorità relativa della donna, molto meno adatta dell'uomo all'indispensabile continuità e all'alta intensità del lavoro mentale, sia in virtù della minore forza intrinseca della sua intelligenza, sia per la sua più viva suscettibilità morale e fisica". (cfr. A. Comte, *Cours de philosophie positive*, IV, Baillièrè, Paris 1877, pp. 404-407). Comte osservò che se le donne si trovavano in una posizione subalterna, ciò dimostrava proprio la loro incapacità di mantenere il passo degli uomini. Tale subalternità si sarebbe mantenuta indefinitamente, «poiché riposa direttamente su un'inferiorità naturale che niente potrà distruggere» (in L. Lévy-Bruhl, *op. cit.*, p. 250.)

<sup>1037</sup> Proudhon sosteneva che il ruolo delle donne era legato all'importanza del loro ruolo nella famiglia e vedeva possibile la loro emancipazione solo qualora l'uomo fosse stato in grado di "emanciparsi" nei lavori domestici (cfr. P.J. Proudhon, *Sistema delle contraddizioni economiche o Filosofia della Miseria*, UTET, Torino 1975)

<sup>1038</sup> Anna Maria Mozzoni è una figura molto importante della vita politica italiana e internazionale fra Otto e Novecento. Vicina alle posizioni repubblicane e mazziniane si inserì attivamente nei gruppi mazziniani dove iniziò a lavorare sui temi dell'emancipazione femminile e l'uguaglianza dei diritti tra donne e uomini, rifiutando la pretesa "naturale" del ruolo tradizionale e domestico della donna. Fu molto sensibile al pensiero di J. Stuart Mill, di cui aveva tradotto l'opera *The Subjection of Women* in italiano con il titolo *La servitù delle donne*, e si dedicò con impegno al movimento a favore dei diritti delle donne. Partecipò nel 1877 al Congresso di Ginevra, che ebbe come obiettivo l'abolizione delle norme sulla prostituzione, e fu tra i membri della commissione giuridica, assieme al mazziniano Joe Nathan. Tenne una conferenza, *Del voto politico alle donne*, presso la Società Democratica di Milano, con lo scopo di far notare i limiti del governo di Depretis di fronte alla questione del suffragio universale, e nel 1877 presentò una mozione al Parlamento italiano per il voto politico alle donne. Nel 1878 rappresentò l'Italia al Congresso internazionale per i diritti delle donne di Parigi. L'anno seguente fondò a

*vederla sofferente e malata egli vede la necessità di isolarla, di custodirla di medicarla. Bambina non conoscerà che le sue poppattole; maritata non vedrà che il marito e i figli; vedova gli infermi e gli orfanelli. E di cultura? Non se ne parla. Il sapere la invecchia. E di lavoro? Nessuno. Si romperebbe tutta. D'altronde la manutenzione della cosa, tocca al proprietario della cosa. E di funzioni? Non ne è questione. [...] e' una donna che odora sua marito, che è fatta da lui, che vive per lui, per lui solo, e che finisce poi probabilmente per morire di congestione al cuore in seguito ad una serie di emozioni troppo frequenti. Bisogna confessare che, se l'uomo è egoista lo è poi anche senza nessuna velleità, e di tutto cuore. Non v'è altro commento possibile a siffatte teorie»<sup>1039</sup>.*

Emergeva una immagine della donna “angelo del focolare” tutta concentrata a rendere omaggio alla società rafforzando il ruolo del capo famiglia e della sua discendenza. Senza questi due elementi essa restava malata, inerme, priva di funzioni sociali e pertanto inutile.

In questa chiave è possibile leggere l'esperienza di Teresa, che mostra nella sua permanenza in manicomio delle reazioni emotive solo se minacciata di dover andare via dall'istituto<sup>1040</sup>. Probabilmente priva di supporto familiare considerava il manicomio una nuova abitazione<sup>1041</sup>, dove comunque le erano assicurati un posto per dormire e cibo.

Anche la miseria, la solitudine e la vergogna provata per le proprie difficoltà di vita erano causa di peggioramento della condizione psichica di molte donne e soprattutto erano motivo

---

Milano la Lega promotrice degli interessi femminili. Nel 1879 entrò a far parte della Lega della Democrazia con Jessie White Mario e Gualberta Alaide Beccari. Dal 1870 al 1890 collaborò al giornale «La Donna», impegnato sul tema dell'emancipazione femminile e sensibile alla questione sociale. Importante l'impegno presso la Scuola Superiore femminile «Maria Gaetana Agnesi», dove insegnò filosofia morale. Qui Anna Maria conobbe Maria Antonietta Torriani, insegnante di letteratura e più tardi giornalista del «Corriere della Sera», celebre con lo pseudonimo di Marchesa Colombi. Con lei in seguito organizzerà un ciclo di conferenze, avviando una amicizia profonda e duratura, testimoniata soprattutto da scritti della Torriani. Nel 1881 fondò un'associazione indipendente, collegata al movimento socialista, la Lega promotrice degli interessi femminili e otto anni più tardi, con Filippo Turati, Costantino Lazzari e Anna Kuliscioff – con la quale instaurò inizialmente un legame di amicizia destinato a incrinarsi – la Lega socialista Milanese. Collaborò alla rivista «Critica Sociale» di Turati. Tra i suoi principali obiettivi politici il diritto di voto alle donne. Anna Maria Mozzoni morirà al Policlinico di Roma all'età di 83 anni il 14 giugno del 1920. (Cfr a riguardo G. Bock, *Le donne nella storia d'Europa*, Laterza, Roma 2001; C. Mancina, *Anna Maria Mozzoni* in E. Roccella, L. Scarrafia (a cura di) *Italiane dall'Unità d'Italia alla Prima guerra Mondiale*, Vol.I, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 2003; F. Pieroni Bortolotti, *Alle origini del movimento femminista in Italia 1848-1892*, Einaudi, Roma 1963; R. Farina, *Politica, amicizia e polemiche lungo la vita di Anna Maria Mozzoni*, in E. Scaramuzza (a cura di), *Politica e amicizia. Relazioni, conflitti e differenze di genere (1860-1915)* FrancoAngeli, Milano 2010)

<sup>1039</sup> A.M. Mozzoni, *La donna e i suoi rapporti sociali*, Tipografia sociale, Milano 1864, p.162.

<sup>1040</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Petrilli Teresa, Diario 8 aprile 1910.

<sup>1041</sup> *Ibidem*.

per vedersi rifiutata qualsiasi forma di aiuto. Il tentato suicidio di molte donne costrette a vivere esperienze anormali per il tempo in cui vivevano, ne dava conferma. Luigia, ad esempio, tentò più volte il suicidio, la prima volta a casa della sorella buttandosi da una finestra del quarto piano<sup>1042</sup>. E come lei molte altre internate<sup>1043</sup>.

La drammaticità di queste situazioni era riconosciuta da alcuni intellettuali italiani e stranieri, ma ancora troppo pochi per essere ascoltati.

Julie Daubiè<sup>1044</sup>, in Francia, denunciava al Senato nel 1869, in una petizione, un quadro disumano dell'insensibilità sociale di fronte alle conseguenze della drammatica povertà, del disagio sociale, del vagabondaggio e dello sfruttamento femminile e infantile<sup>1045</sup>, tanto che in una lettera J.S. Mill le scrisse che “*raramente aveva fatto una lettura più dolorosa. Nessuno aveva ancora messo in evidenza tutte le miserie della vita della maggioranza delle donne e delle ingiustizie rivoltanti della società maschile nei loro confronti*”<sup>1046</sup>. Ne seguirono delle riflessioni circa il criterio per stabilire la prosperità o la decadenza della nazioni, che tuttavia doveva passare, per la Daubié, non attraverso l'affermazione dei diritti della donna, ma attraverso l'affermazione dei diritti dell'infanzia e della maternità<sup>1047</sup>. Nonostante il suo impegno indirizzato a proteggere le donne dal problema della prostituzione, della seduzione e del concubinaggio, la Daubié si esprimeva in termini di doveri dell'uomo e della società maschile, incarnando pur se in chiave innovativa, la mentalità del tempo, che comunque voleva la donna ancora legata all'istituzione della famiglia. Il fatto che la donna fosse tutelata solo in quanto moglie, metteva sullo stesso piano “*la più abietta delle squaldrine e le semplici fanciulle sedotte*”<sup>1048</sup> equiparando di fatto il crimine della prima alla sventura della seconda. Inoltre laddove veniva stabilita la responsabilità dell'uomo sulla donna di fatto, ma non si

---

<sup>1042</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3998, Cartella Clinica Luigia V., Sala d'osservazione scritta dall'infermiere.

<sup>1043</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 2228, Cartella Clinica Virginia S., Sala d'Osservazione; ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 5647, Cartella Clinica Anna B., Sala d'Osservazione.

<sup>1044</sup> Julie Daubiè fu la prima donna francese ad ottenere la licenza liceale a 37 anni. Si adoperò per i diritti delle donne e dei minori. Tra le sue opere J. Daubiè, *op. cit.*

<sup>1045</sup> «Le droit des femmes», 25 settembre 1869.

<sup>1046</sup> J.S. Mill, *Lettera a J. Daubié*, in «Le droit des femmes», 17 aprile 1870.

<sup>1047</sup> *Ivi*, p. 125.

<sup>1048</sup> Atti parlamentari, legislazione XVII, Discussioni, Tornata del 21 gennaio 1892. Svolgimento di una proposta di legge del deputato Gianturco, pp. 5291-5294

vincolava tale responsabilità a dei regolamenti giuridici chiari (es. leggi sull'adulterio<sup>1049</sup>) era automatico che l'atto criminale o folle compiuto dalla donna (furto, vagabondaggio, truffa, minaccia, violenza) venisse automaticamente ricondotto a un'anomalia del suo funzionamento psichico, senza alcuna considerazione dell'influenza esercitata dalla condotta dell'uomo a riguardo<sup>1050</sup>. L'intento era quello *“di assolvere l'uomo e di assicurare la sua irresponsabilità tanto rispetto alla donna, tanto rispetto ai figliuoli”*<sup>1051</sup>. Le donne quindi che non incontravano uomini che si occupavano di loro economicamente, non avendo la possibilità di diventare autonome, erano quasi sempre condannate a una vita di povertà e problemi. Esterina ad esempio non riusciva a sfamare i figli e si vergognava a chiedere continuamente cibo e sostegno alla sua famiglia<sup>1052</sup>. Sopraffatta dallo stress e dalla miseria, a volte percuoteva *“i suoi ragazzi”*<sup>1053</sup>.

Tante erano le situazioni che legavano la donna al disagio sia di carattere pratico che sociale. Si partiva dalle difficoltà e dalla dipendenza economica, all'impossibilità di istruirsi (salvo pochi casi) e di compiere delle scelte autonome. Il prezzo della libertà era alto, come nel caso di Giulia, che in fuga dalla casa paterna e poi dal monastero, finì per avere deliri di persecuzione che si accentuavano quando era sotto stress. *“Da notare che i disturbi si aggravano quando per un motivo qualsiasi il soggetto si indebolisce nelle condizioni psicologiche, perde sonno, non mangia [...]”*<sup>1054</sup>. Il deputato Gianturco<sup>1055</sup> dipingeva il quadro sociale in cui vivevano le ricoverate riprendendo le parole del collega Rivet *“Irresponsabilità dell'uomo, rovina della donna, a cui si impone l'onere, per lei sola intollerabile di allevare i figliuoli, abbandono dell'infante alla corruzione, alla miseria al delitto e alla prostituzione. Crimini abominevoli di infanticidi e di abbandono di infanti, più rari dove la ricerca della paternità è ammessa. [...] donne che si fanno giustizia con le loro mani, fra gli applausi della*

---

<sup>1049</sup> Codice Pisanelli, artt. 131-133-134-150-152.

<sup>1050</sup> Atti parlamentari, legislazione XVII, Discussioni, Tornata del 21 gennaio 1892. Svolgimento di una proposta di legge del deputato Gianturco, pp. 5291-5294

<sup>1051</sup> *Ibidem*.

<sup>1052</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario, 14 aprile 1907.

<sup>1053</sup> *Ibidem*.

<sup>1054</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Cartella Clinica Giulia M., Sala di Osservazione, 22 aprile 1906.

<sup>1055</sup> Emanuele Gianturco era un giurista e uomo politico italiano, professore di diritto civile all'università di Napoli dal 1892. Fu deputato (dal 1889), sottosegretario di Stato alla Giustizia, Ministro dell'Istruzione (1896), fu poi due volte ministro della Giustizia, vicepresidente della Camera, ministro dei Lavori Pubblici. Fu promotore di importanti riforme legislative, fra le quali quelle per le scuole normali, per i patronati scolastici, per la grazia condizionata.

*folla [...]*<sup>1056</sup>. Le parole del deputato pur se legate al dibattito sul riconoscimento della paternità descrivevano in maniera inequivocabile le difficoltà incontrate dalle donne, abbandonate alla sfera materna. Denunciavano anche le irresponsabilità dell'uomo e le onerose conseguenze nella vita delle donne spinte alla corruzione, alla prostituzione, alla miseria, al delitto<sup>1057</sup>.

La corruzione, la prostituzione, il delitto erano gli stessi crimini che furono imputati alle detenute internate presso il Santa Maria della Pietà<sup>1058</sup>. Le detenute folli erano tutte donne che avevano pagato l'imposizione dell'obbligo della dipendenza da un uomo padre o marito. Nel caso di Giulia il padre le aveva imposto scelte non desiderate innescando un meccanismo di rifiuto e fuga da casa. Nel caso di Esterina, a causa della detenzione del marito, la donna non aveva più potuto procurarsi da vivere. Luigia, invece, è stata vittima più volte. Orfana di padre giovane e in lutto per il primo fidanzato, vede compromessa la sua unica possibilità di salvezza (il matrimonio) a seguito dell'abbandono del nuovo fidanzato che con l'inganno l'ha sedotta e poi abbandonata. Cade così per lei il sogno del matrimonio, unica condizione in grado di salvarla da una vita di disagio. Da lì l'impeto violento e la prima forte aggressione, ai danni del presunto fidanzato<sup>1059</sup>, poi la dipendenza dalla morfina e il manicomio. La seduzione anche, in virtù della ricaduta sociale che aveva, rappresentava un forte problema per l'epoca e soprattutto obbligava le donne che ne erano vittime a percorrere la strada della degenerazione. *“Le vittime della seduzione non sono di regola fra le classi abbienti: le vittime della seduzione sono le figlie del popolo, delle città e delle campagne. E questo rendeva il delitto ancora più odioso”*<sup>1060</sup>. Eppure l'artefice del delitto restava impunito, era la donna che ne pagava le conseguenze.

La donna continuava a essere considerata dentro la cornice della famiglia che ne determinava la buona o la cattiva sorte, senza poter ottenere diritti e possibilità di scelta. Giulia è fuggita, ma ha chiuso il suo percorso in manicomio, sotto la vigilanza di un padre premuroso

---

<sup>1056</sup> Atti parlamentari, legislazione XVII, Discussioni, Tornata del 21 gennaio 1892. Svolgimento di una proposta di legge del deputato Gianturco, p. 5294.

<sup>1057</sup> *Ibidem*.

<sup>1058</sup> ASMP, Archivio Sanitario. Esterina M. fu imputata per maltrattamenti su minore e alcolismo; Pimboni Pasqua fu imputata per minacce, porto di coltello, violenza e resistenza agli Agenti di Pubblica Sicurezza; Petrilli Teresa fu imputata di omicidio; Maccini Giulia fu imputata di disturbo alla quiete; Venanzi Luigia fu imputata di truffa.

<sup>1059</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3998, Cartella Clinica Luigia V., Sala d'osservazione, scritta dall'infermiere.

<sup>1060</sup> Atti parlamentari, legislazione XVII, Discussioni, Tornata del 21 gennaio 1892. Svolgimento di una proposta di legge del deputato Gianturco, p.1034.

ma molto attento ad evitare che la gente del villaggio scoprisse che la figlia era rinchiusa in manicomio<sup>1061</sup>.

Le detenute entrando nel Santa Maria della Pietà con la condanna della follia, subivano un verdetto capace di assolvere la società tutta dalle proprie responsabilità e di impedire un'analisi più approfondita delle storie stesse. La diagnosi di follia da una parte impediva di spostare l'attenzione su chi e cosa avesse dato il via ai fenomeni di disagio e sofferenza psichica, dall'altra permetteva di mascherare la volontà di esclusione di donne singolari attraverso la giustificazione della funzione pubblica della tutela della sicurezza. Anche la psichiatria beneficiava di questa situazione, stabilendo una supremazia scientifica in un campo di ricerca nuovo e soprattutto difficile da indagare. Il verdetto della psichiatria suonava infatti per le ricoverate come una sentenza, in grado di dare o togliere per sempre la libertà. Il tutto con la complicità della famiglia spesso incapace di gestire e comprendere le forme di malessere che si sviluppavano al suo interno. E' il caso di Esterina, che si sentiva continuamente minacciata dalla suocera e dai cognati e che vedeva nelle loro azioni un complotto per liberarsi di lei<sup>1062</sup>. Lo stesso per Teresa, che pur se condotta in manicomio per una perizia psichiatrica, non voleva tornare dai suoi cari, preferendo vivere in manicomio<sup>1063</sup>. Anche per Giulia, seguita dal padre, la soluzione manicomiale sembra essere l'unica in grado di mettere al riparo la famiglia dai suoi comportamenti percepiti come vergognosi<sup>1064</sup>. Diverso il caso di Pasqua, ritirata dal compagno Nazareno e di Luigia. La prima legata sentimentalmente ad un uomo desideroso di riaverla con sé, la seconda senza famiglia e pertanto rimasta sola.

La famiglia è un tema di particolare importanza all'interno dello studio della follia e del manicomio. Essa assumeva, come abbiamo visto, un ruolo centrale nelle pratiche di internamento, sia di carattere formale che informale. Per il primo aspetto interveniva sia nella fase di ammissione<sup>1065</sup> del malato, che nella fase di dimissione dovendo dichiararsi disponibile ad assumersi la responsabilità del folle guarito in caso di rilascio. Per il secondo aspetto, invece, la famiglia giocava un ruolo fondamentale nella costruzione delle dinamiche sociali che

---

<sup>1061</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Sala di Osservazione, Lettera Paterna.

<sup>1062</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario, 14 aprile 1907.

<sup>1063</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3520, Cartella Clinica Teresa P., Diario 8 aprile 1910.

<sup>1064</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Sala di Osservazione, Lettera Paterna.

<sup>1065</sup> V. Fiorino, *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà, cit.*, p. 840.

contribuivano all'emergere del fattore follia nei propri cari, contribuendo al manifestarsi delle situazioni di vita quotidiana che incentivavano i comportamenti ritenuti anomali.

La famiglia diventava così uno dei primi centri di esclusione e allontanamento dal sociale del presunto folle, in virtù della sua non adesione agli standard comportamentali e all'impostazione morale del nucleo di appartenenza. Allo stesso tempo poteva svolgere la funzione inversa, ossia impegnarsi per riottenere il ricoverato dentro casa. Si pensi ad esempio a Giulianelli Domenica, madre di Esterina che andò a riprendere la figlia dal manicomio appena fu diagnosticata dimissibile<sup>1066</sup> e che fece di tutto per evitarle l'internamento<sup>1067</sup>. Le pratiche di internamento apparivano quasi come “*un affare di famiglia*”<sup>1068</sup>, dove il nucleo originario di provenienza poteva determinare, con l'ausilio dello psichiatra, la libertà o l'esclusione. Tra le motivazioni che possono aver favorito tali dinamiche contraddittorie tra loro, da una parte il desiderio di veder guarire la persona ritenuta malata (Pietro Maccini e Giulia<sup>1069</sup>) dall'altra il desiderio di farla custodire perché ritenuta pericolosa e in grado di compromettere l'onore familiare oppure la semplice volontà di allontanamento per questioni patrimoniali<sup>1070</sup>(Esterina)<sup>1071</sup>.

Anche Vinzia Fiorino si sofferma sul ruolo svolto dalla famiglia nelle pratiche di internamento nella seconda metà dell'800 individuando tra le motivazioni che spingevano i familiari ad allontanare un proprio congiunto dal nucleo familiare la scarsa disponibilità economica e gli atteggiamenti punitivi verso un soggetto ritenuto scomodo o semplicemente fastidioso<sup>1072</sup>. Lo studio delle dinamiche sull'esito delle dimissioni dei ricoverati nel periodo che va dal 1850 al 1900 evidenziava infatti che alla base della forte mobilità dal manicomio,

---

<sup>1066</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Esterina M., Circondario di Roma, comune di Nettuno, Protocollo n. 4176.

<sup>1067</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario I internamento 10 aprile 1907. “L'inferma fu accompagnata all'Istituto dalla madre, la quale allo scopo di impedire l'internamento della figlia, esibì il certificato del medico di Nettuno che dichiarava questa perfettamente sana di mente”.

<sup>1068</sup> L. Roscioni, *Il governo della follia*, cit., p. 103.

<sup>1069</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Sala di Osservazione, Lettera Paterna.

<sup>1070</sup> *Ivi*, p.108.

<sup>1071</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario I internamento 10 aprile 1907.

<sup>1072</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 96.

ci fossero non solo le politiche di sfollamento<sup>1073</sup> ma anche l'intervento delle famiglie, che si supposeva, in alcuni casi, manifestassero diffidenza verso l'Istituzione e la ritenessero una soluzione estrema<sup>1074</sup>. La famiglia oscillava tra la speranza di riavere un affetto a casa<sup>1075</sup> e il desiderio di avere altre braccia per lavorare. Alcuni passi di lettere scritte dai familiari degli internati al direttore del Manicomio Santa Maria della Pietà ne danno testimonianza.

Così si espresse una madre per riavere il figlio Gabriele a casa *“Vado soventissimo a vedere il mio povero figliolo e lo trovo sempre più migliorato, ora poi vedo che sta benissimo e desidererei ritirarmelo”*<sup>1076</sup>.

Un'altra madre scrisse al direttore per poter riabbracciare la figlia Elsa *“Desidero caldamente notizie ed ella non negherà questa carità ad una madre infelice e ravvolta nelle lacrime [...] Creda Ella che solo chi è madre può entrare nelle pene che soffro e [...] dico anche di essere continuamente tormentata da sonni sinistri”*<sup>1077</sup>.

Di altro spessore le parole pronunciate dalla moglie di Gregorio mentre chiedeva le dimissioni del marito *“Adesso è tempo di raccolta, si sta specare tutta la sementa del grano e della fava, allora fanno rovina sopra rovina. Adesso ti mando il certificato di buona condotta. Abbiate tanta misericordia della famiglia”*<sup>1078</sup>.

Ancora un padre scrisse per riavere il figlio Domenico in casa *“Mio figlio cadde e riportò ferite alla testa, dopo di ché divenne stupido, è però tranquillo ed è sempre stato tale. Accudisce ai lavori campestri”*<sup>1079</sup>.

Appare evidente che accanto alla preoccupazione della salute del proprio caro, esistevano altri fattori, quali la necessità della sussistenza e la salvaguardia della rispettabilità familiare, ad intersecarsi nella vita delle ricoverate.

---

<sup>1073</sup> *Ivi*, pp. 94-95.

<sup>1074</sup> *Ivi*, p. 95.

<sup>1075</sup> ASMP, Direzione medica, Carteggio, Unità 36. V, Corrispondenza con le famiglie dei ricoverati, anno 1900.

<sup>1076</sup> ASMP, Cartelle cliniche, Gabriele C., 1910.

<sup>1077</sup> ASMP, Cartelle cliniche, Elisa L., 1910.

<sup>1078</sup> ASMP, Cartelle cliniche, Gregorio B., 1890.

<sup>1079</sup> ASMP, Cartelle Cliniche, Gregorio B., 1915.

Le detenute entravano quindi al Santa Maria della Pietà per una strana combinazione di fattori che vedeva sovrapporsi il giudizio della famiglia e quello della comunità di appartenenza, incapaci di interpretare il malessere o semplicemente desiderosi di allontanare un membro che non si allineava agli standard comportamentali ritenuti corretti. La rete di relazioni personali giocava un ruolo fondamentale nella vita delle ricoverate che modificavano il loro comportamento in manicomio anche in base alla consapevolezza di avere o no dei parenti pronti ad accoglierli. Così Teresa si ribellava all'ipotesi delle dimissioni e stringeva rapporti affettuosi con le suore e le infermiere<sup>1080</sup>, al contrario di Luigia che aggrediva chiunque e si mostrava incapace di adattarsi perché spinta dal desiderio di andare via. Esterina anche, dopo un primo periodo più complicato e segnato da un atteggiamento poco collaborativo, “*assume contegno più corretto*” perché desiderosa di abbracciare i figli<sup>1081</sup>.

Le detenute internate restavano comunque segnate dall'etichetta di pericolose e di folli anche una volta fuori dal manicomio. Aldilà del percorso psichiatrico e del risultato delle terapie, l'uscita dal manicomio non era equivalente, per loro, alla guarigione nell'opinione pubblica. Rappresentava un ulteriore stigma che le avrebbe accompagnate per sempre. Entravano come anormali e uscivano come anormali. In questo l'internamento dimostrava la sua inefficacia come pratica terapeutica e svelava le ulteriori dinamiche che lo sostenevano e rafforzavano, quali quelle dell'esclusione e della discriminazione. Prima e dopo. L'internamento in manicomio può essere considerato come un periodo di stop nella vita delle internate che le isolava dal mondo esterno e le inseriva in una nuova dimensione chiusa, con regole proprie e diverse da quelle della società. Le restituiva poi al mondo con un marchio impossibile da togliere e con la conseguente difficoltà di tornare a vivere tra la gente che le aveva allontanate. Oltre l'intenzione dei medici, il manicomio restava nell'opinione pubblica uno strumento di allontanamento e isolamento e non una struttura pienamente medica. Era uno strumento che aveva il potere di mettere a rischio l'onore familiare in virtù di quel positivismo che legava la follia ai fattori ereditari e che quindi condannava intere famiglie a essere portatrici del germe della pazzia. Pietro Maccini, padre di Giulia con la sua lettera al direttore del manicomio evidenziava tutta l'ansia e la vergogna provata nel narrare le vicende di salute dei suoi cari, che da generazioni avevano affrontato l'esperienza della pazzia<sup>1082</sup>. “*L'altro giorno*

---

<sup>1080</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Diario 22 maggio 1910.

<sup>1081</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4632, Cartella Clinica Esterina M., Diario 12 aprile 1907.

<sup>1082</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Lettera Paterna, marzo 1906.

*parlando dello stato di mia figlia, qui reclusa, indicai un mio cognato affetto da mania di persecuzione, ma poi preso da un sentimento di avversione allo scoprire le piaghe dei miei parenti fui reticente e negativo in altre domande che mi furono fatte. Oggi poi a mente fredda e spinto da amor di genitore, che detto non è secondo a nessun altro amore farò alla S.V. una minuta esposizione dei guai della famiglia da cui derivò e dove vivo*<sup>1083</sup>. Scrivere significava rendere pubblica la presenza della malattia dentro casa e sottoporsi al giudizio di molti. Ma come lui stesso affermava, fu più grande l'amore per la figlia<sup>1084</sup>. Pubblicizzare la follia e la malattia per contro, a volte, diventava uno strumento di ausilio per le ricoverate che in virtù dell'etichetta imposta, una volta condotte al manicomio, assumevano comportamenti ritenuti non consoni, per ottenere qualche favore in più e anche per tenere sotto scacco medici e infermieri. E' il caso di Adele<sup>1085</sup> che creava scompiglio nelle camerate per ottenere bicchieri di vino e di Luigia che arrivò a chiedere anche scusa per i propri comportamenti fino a darne delle spiegazioni<sup>1086</sup>.

Nonostante le diagnosi e le descrizioni attente dei sintomi della follia, le ricoverate del Santa Maria della Pietà, in alcuni casi (Giulia e Pasqua) apparivano, più che folli, nel senso inteso dalla psichiatria del tempo, come donne singolari, che cercavano di resistere all'imposizione di regole e modelli predefiniti, che non sentivano idonei. In altri apparivano come vittime di accadimenti e tragedie familiari, che avevano interrotto il loro percorso di donne normali e ne avevano quindi impedito l'integrazione sociale (Luigia, Esterina). Era il contesto locale a rappresentare una gabbia, dove erano rinchiusi, sia dentro che fuori le mura domestiche. Costrette a sbagliare per la loro non conformità si allontanavano sempre di più dalla possibilità dell'integrazione e da quella di essere donne normali. La donna normale restava quella del positivismo dove confluivano la tradizione aristotelica basata sul principio dell'incompletezza femminile e le teorie evoluzionistiche alle quali si aggiungevano quelle della degenerazione. La donna era considerata nella sua vita biologica, attraverso il suo corpo e la sua inevitabile natura, che determinava e influenzava la sua psiche<sup>1087</sup>. Limitandosi all'osservazione dei fatti e ignorando l'influenza dei processi storici e dei fattori culturali era

---

<sup>1083</sup> *Ibidem.*

<sup>1084</sup> *Ibidem.*

<sup>1085</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4110, Cartella Clinica Adele F., Diario II internamento.

<sup>1086</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3998, Cartella Clinica, Luigia V., Lettera al Direttore.

<sup>1087</sup> Y. Knibiehler, C. Fouquet, *La femme et les medecins*, Hachette, Paris 1983.

inevitabile che le caratteristiche fisio-psicologiche diventassero caratteri originali, naturali e imm modificabili. Pochi gli studiosi che si opponevano a questa interpretazione e ancora poco maturi i tempi per un riflessione che andasse oltre la visione biologica della donna<sup>1088</sup>, che restava un corpo con caratteristiche qualitativamente inferiori a quelle possedute dagli uomini. Tra gli studiosi in contrasto con questa visione della donna J.S. Mill e Salvatore Morelli<sup>1089</sup>. Il primo parlava di differenza di sessi come di espressione di un processo storico e quindi del predominio maschile. Sosteneva che non si poteva parlare di natura femminile perché inconoscibile fino a quando le donne non fossero state rese libere di esprimersi, senza

---

<sup>1088</sup> Si legga a riguardo L. Faranda, *La signora di Blida. Susanne Taieb e il presagio dell'etnopsichiatria*, ArmandoEditore, Milano 2012. L'antropologa mostra nel testo, partendo dalla lettura delle tesi di Susanne Taieb (psichiatra di frontiera impegnata in Algeria) "Le idee di influenzamento nella patologia mentale dell'indigeno nord-africano", il ruolo svolto dalle credenze e dalle superstizioni nel soprannaturale ai fini dell'elaborazione delle idee e dei deliri di influenzamento che si riscontrano nelle patologie mentali, sia nei casi psicopatici acuti o episodici, sia negli stati psicopatici evolutivi e prolungati. Susanne Taieb, pur se legata alle teorie della Scuola di Algeri e influenzata dal maestro A.Porot sul primitivismo innato nel nord-africano, ha avuto il merito di mostrare come la patologia mentale non potesse essere legata unicamente ai fattori biologici dell'individuo, ma al contrario dovesse essere letta e compresa all'interno della cultura locale e delle sue credenze. La lettura delle osservazioni cliniche, relative a 51 persone ricoverate, nell'Ospedale di Blida, (cfr. L. Faranda, *op.cit.*,pp.179-242), tra cui molti donne, evidenzia delle sorprendenti similitudini nella descrizione della malattia mentale con le osservazioni raccolte nelle cartelle cliniche delle internate del Santa Maria della Pietà. Ad esempio Kheira, donna di 51 anni (Osservazione n. 6) si presenta agitata, con tendenze al suicidio e molto violenta durante l'internamento come Adele F. e Matilde G. (cfr. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.673, Cartella Clinica Adele F. e ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.1259, Cartella Clinica Matilde G.). Mademoiselle O., donna di 37 anni, (Osservazione n.31) si presenta, invece, con carattere insubordinato e vittima di forti deliri di persecuzione, che la spingono a spostarsi continuamente da una città all'altra, come nel caso di Giulia M. (cfr. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. //, Cartella Clinica Giulia M.). Yamina, donna di 27 anni, (Osservazione n. 5) viene descritta come una disturbata, con frequenti allucinazioni che hanno per oggetto leoni inferociti come accadeva a Ermelinda F. (cfr. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.525, Cartella clinica Ermelinda F.). Zohra, donna di 35 anni, (Osservazione n. 2) è presentata come una donna aggressiva, agitata e scontrosa, con deliri di grandezza che la spingono a considerarsi fidanzata con un Marabout (nella cultura nord-africana i Marabout erano in vita uomini virtuosi e dopo la morte Santi capaci di compiere miracoli), come Matilde G. che invocava continuamente l'aiuto del Re Vittorio Emanuele III, suo amato (cfr. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.1259, Cartella Clinica Matilde G.). Nfissa, donna di 35 anni, (Osservazione n.21) viene definita schizofrenica, in preda all'isteria e a crisi di nervi che apparivano più violente durante il periodo mestruale, come accadeva per Luigia V. Le due malate avevano in comune anche l'attrazione fisica per le donne (cfr. ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V.). La comparazione pur se operata tra documenti clinici di donne ritenute folli, ma vissute in ambienti e culture diverse, mostra come l'oppressione culturale e la nosologia psichiatrica abbiano operato di comune accordo all'inizio del novecento, in territori diversi e distanti (come l'Europa e l'Africa), attraverso le categorie della razza, del genere, e della sessualità, per raggiungere lo stesso fine di etichettare, inferiorizzare e discriminare le persone ritenute diverse dal "normale".

<sup>1089</sup> Salvatore Morelli fu deputato del Regno di Italia nella X, XI, XII, XIII Legislatura. Di idee mazziniane fece parte del gruppo socialista e pubblicò tra le sue opere più importanti *La donna e la scienza o La soluzione del problema sociale*, Napoli, Stabilimento Tipografico dell'Ancora, 1863 (cfr. G. Conti Odorisio, *Salvatore Morelli: politica e questione femminile*, L'editore, Roma 1990.)

condizionamenti.<sup>1090</sup> Il secondo invece era un profondo sostenitore dell'uguaglianza tra gli esseri umani e lavorò per numerosi progetti di legge per modificare la condizione femminile<sup>1091</sup>.

Il contesto sociale tuttavia si presentava poco incline ad accogliere queste istanze, continuando a relegare la donna dentro la famiglia, in chiave subalterna al marito e strettamente legata alla funzione riproduttiva. La donna quindi aldilà dell'istituzione familiare non aveva diritti e soprattutto era alla mercé della miseria. Fuori dal sostegno maritale e senza figli non assolveva alle sue funzioni sociali e finiva automaticamente nella schiera degli "anormali", non funzionali alla società e al mantenimento dell'ordine. La facilità dell'invio in manicomio nasceva anche da questa consapevolezza, ossia dal fatto che non sposate, con figli illegittimi e povere, molte donne non avevano altro posto dove poter stare e nessuno pronte ad accoglierle. La donna era incompleta, più debole delle altre se sola, con scarse qualità morali. La stessa pietà era interpretata come una conseguenza dell'istinto materno, al pari dello spirito di abnegazione e dell'inclinazione al sacrificio. Qualora queste qualità non avessero avuto la possibilità di esprimersi, automaticamente si sarebbero trasformate in crudeltà. Quella stessa crudeltà che animava i gesti inopportuni e i comportamenti criminali, che determinavano la reclusione in carcere o in manicomio. La crudeltà della donna non era eroica, non raggiungeva mai i livelli di grandezza che poteva raggiungere nell'uomo<sup>1092</sup> *"non mirava a distruggere il nemico, quanto a infliggergli il massimo dolore, a martoriarlo sorso a sorso e paralizzarlo con la sofferenza"*. Era un ulteriore segno della sua inferiorità. *"La slealtà di un banchiere è necessità suggeritagli dalla lotta commerciale [...] e quindi relativamente normale perché adattamento alle condizioni, sia pure passeggiere della vita; mentre l'ira e la vendetta di una signora contro una rivale che era meglio vestita di lei alla festa, è immorale perché dipendente da eccessiva suscettibilità del proprio egoismo, che si offende di quello che è per gli altri l'esercizio di un diritto"*<sup>1093</sup>. La crudeltà era quindi manifestazione di inferiorità, non giustificabile, in quanto conseguenza di passioni sbagliate, ma neanche condannabile, come quella dell'uomo, proprio perché legata a delle basse pulsioni. In questo quadro il manicomio ben si prestava ad accogliere tutte quelle donne, che vittima della loro inferiorità, commettevano

---

<sup>1090</sup> J.S. Mill, *La libertà. L'utilitarismo. L'asservimento delle donne*, Rizzoli, Milano 1999.

<sup>1091</sup> G. Conti Odorisio, *Salvatore Morelli (1824-1880): democrazia e emancipazionismo nell'ottocento europeo*, ESI, Napoli 1992.

<sup>1092</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*

<sup>1093</sup> *Ivi*, p. 156.

crimini di basso livello perché incapaci di incarnare lo stereotipo della donna normale. Mentre gli abusi di potere di un banchiere trovavano giustificazione nelle logiche commerciali, i furti di cibo per fame<sup>1094</sup> erano condannabili tout court proprio perché commessi da una donna. Anche la tendenza alla monogamicità e lo spirito di sacrificio erano prova dell'inferiorità femminile, erano l'effetto della minore variazione della loro personalità e in virtù di questo fenomeno si erano potute sviluppare<sup>1095</sup>.

*“Quando esistono passioni e desideri potenti, inclinazioni originali, è impossibile questa tendenza a confondere la propria con l'altrui personalità, né si può sviluppare quella specie di completa abdicazione della propria personalità, che si ha nei fenomeni morbosi e quindi inferiori dell'ipnotismo”*<sup>1096</sup>. La donna era quindi frigida e tendente al matrimonio, spinta dal desiderio di riprodursi. Tutto questo non solo permetteva la giustificazione sociale della doppia morale sessuale, ma permetteva che fosse il diritto stesso a stabilire delle norme diverse per lo stesso atto, a seconda del fatto che venisse compiuto dall'uomo o dalla donna<sup>1097</sup>. Ne seguiva che essendo accettati questi principi e non potendo essere messi in discussione in virtù della loro naturalità, la riflessione sul disagio provato dalle donne nel vivere questa condizione, non si è mai potuta sviluppare. Non riconoscendo l'incidenza di questi elementi sulle loro vite, qualsiasi atteggiamento non conforme appariva come il risultato di un'anomalia o di un difetto organico che comprometteva inconfutabilmente il destino di una donna. Non c'era nulla da comprendere, tutta era scritto nel corpo della donna, che se non percorreva la strada consentita non poteva che essere malata e anormale. Il fatto che non si ragionasse sull'influenza dei fattori culturali e dei processi sociali riduceva qualsiasi problematica a una disfunzione biologica, gestibile tramite terapie mediche. Una soluzione medica a una malattia sociale. Di qui l'inefficacia dell'intervento manicomiale, che in qualche modo ricadeva anche sulla scienza psichiatrica, incapace a restituire alla società dei soggetti sani. Le donne prima che folli e criminali erano percepite come inclini al male e all'errore, perché non avevano il senso della giustizia, al contrario dell'uomo. La possibilità di essere ingiuste aumentava in maniera esponenziale per loro e se mettevano piede fuori la porta di casa, proprio per l'assenza del senso di giustizia, erano condannate a sbagliare. L'errore era a monte, ossia partiva dal momento in cui si apriva la porta di casa per uscire.

---

<sup>1094</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 3752, Cartella Clinica Anna A., Sala d'Osservazione

<sup>1095</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, p.128.

<sup>1096</sup> *Ivi*, p.130.

<sup>1097</sup> Codice Pisanelli, artt. 131-133-134-150-152.

Nonostante le posizioni discordanti, a cavallo tra il XIX e il XX secolo, il quadro culturale restava invariato. Spencer, in accordo con Ferrero, sosteneva che essere giusti significava comprendere cosa l'uomo provava quando esplicava la sua attività e esercitava i suoi diritti o ne era privato. Poiché alla donna “è mancata questa esperienza emozionale, essa non ha mai avuto diritti, non ha mai esercitato alcuna libertà, non è mai vissuta nel sociale, ma sempre nel privato, non può avere alcun senso della giustizia, ma potrà provare solo pietà e cioè un sentimento labile e ondeggiante che va dall'ira furiosa contro i delinquenti, alla commiserazione e alla pena”<sup>1098</sup>. Ferrero attribuiva la mancanza del sentimento della giustizia nella donna a una deficienza organica, mentre Simmel sosteneva che esisteva un sentimento di giustizia tipico delle donne, ma che non era dovuto all'estraneità delle donne nei confronti del diritto in genere, ma alla loro estraneità con il diritto maschile “l'unico che abbiamo e che quindi ci sembra il diritto in assoluto”<sup>1099</sup>.

Il dibattito che si sviluppò tra i due studiosi è particolarmente efficace per inquadrare la complessità della dimensione sociale delle donne e soprattutto per comprendere come fosse semplice per una donna, essere inserita nella categoria delle pericolose.

Per Ferrero i processi evolutivi della specie erano diversi per sesso e quelli delle donne erano ad un livello evolutivo inferiore. Qualora fossero esistite donne con le caratteristiche del genio, avrebbero avuto degli spiccati caratteri virili, tali da renderle “degenerate”. L'analisi antropometrica che le detenute e le ricoverate affrontavano al momento della reclusione e dell'internamento era rappresentativa di questa tendenza, volta a scorgere la degenerazione femminile, che comportava la perdita delle proprie caratteristiche fisiche. A riguardo lo studioso, alle tavole relative alle donne criminali e alle prostitute, aveva aggiunto, infatti anche quelle di donne geniali, ma con caratteristiche estetiche, decisamente maschili<sup>1100</sup>.

Per Simmel, invece, l'idea di sviluppo poteva dare luogo ad evoluzioni diverse e pur appoggiando l'idea che “lo sviluppo dell'umanità era più arretrato nel settore femminile che in quello maschile” sosteneva che era comunque arbitrario credere che “questo sviluppo troverà il suo compimento con l'avanzare allo stadio maschile”<sup>1101</sup>. La riflessione simmeliana poggiava sulla contestazione dell'esistenza di una superiorità tra i due sessi e dell'individuazione di uno

---

<sup>1098</sup> G. Lombroso, *L'anima della donna*, Zanichelli, Bologna 1921.

<sup>1099</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, p. 215.

<sup>1100</sup> *Ivi*, p. 161.

<sup>1101</sup> G. Simmel “*Il relativo e l'assoluto nel problema dei sessi*” e “*Cultura femminile*” in *La moda e altri saggi di cultura filosofica*, Longanesi, Milano 1985, pp. 55-82, 213-244.

stadio finale di sviluppo del percorso umano. Le possibilità di sviluppo per lui erano diverse e varie. Tuttavia pur se con un'apertura differente anche Simmel partiva dall'accettazione della "differenza" femminile, che lasciata libera di esprimersi avrebbe prodotto valori e contenuti differenti da quelli dell'uomo. Posizioni come quella simmeliana non riuscirono ad incidere in quel tempo sul dibattito incentrato sulla donna che continuava a trovare le sue maggiori rappresentazioni nelle teorie di Lombroso e Ferrero. La donna era quindi stretta in una morsa. Poteva esistere o nella versione della donna "normale"<sup>1102</sup>, con tutti i limiti che ne conseguivano, in quanto presentava "molti caratteri che l'avvicinano al selvaggio, al fanciullo e quindi al criminale [...] e altri diametralmente opposti che neutralizzano i primi, ma che le impediscono di avvicinarsi nella sua condotta quanto l'uomo a quell'equilibrio tra diritti e doveri, egoismo e altruismo, che è il termine dell'evoluzione morale"<sup>1103</sup>, oppure nella versione della "delinquente"<sup>1104</sup> che aveva tratti maschili e tutti gli attributi peggiori della psicologia femminile<sup>1105</sup>.

Nell'ipotesi migliore, la donna era un'inferiore per struttura organica, che mancava di potenza creatrice. Era astuta, possedeva intuizione psicologica, ma non la capacità di distinguere il vero dal falso. Aveva capacità di analisi e di percezione dei particolari, ma non capacità di astrazione. Era qualificata dalla "ciarla", quella capacità che la rendeva "più chiacchierona" come "la cagna"<sup>1106</sup> che "abbaia più del cane". Di qui anche l'incapacità alla giustizia, in virtù di quel contrasto "tra la funzione di riproduzione e quelle intellettuali"<sup>1107</sup>, quindi tra maternità e capacità intellettuali. L'intelligenza era in misura inversa alla capacità

---

<sup>1102</sup> La "donna normale" era una "semi-criminale innocua", "la donna... sente meno, come pensa meno" dell'uomo; le sue caratteristiche erano "l'impulsività, la mobilità, la vanità puerile, il bisogno della menzogna, l'amore per l'esteriorità e la futilità, tutte note psicologiche, in una parola, che sono comuni al bimbo e al selvaggio" (C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, p. 215.)

<sup>1103</sup> C. Lombroso, G. Ferrero, *op. cit.*, p. 157.

<sup>1104</sup> *Ivi*, pp. 215-220. La "prostituta" è una regressione atavica della donna normale, "la prostituzione non è che il lato femminile della criminalità...", "la prostituta è dunque un criminale psicologicamente..." La "criminale", invece, è un fenomeno mostruoso, in quanto unisce alle caratteristiche della donna normale, tratti virili e le qualità peggiori della psicologia femminile, "l'inclinazione alla vendetta, l'astuzia, la crudeltà, la passione per il vestiario, la menzogna, il rancore, l'inganno, formando così frequentemente dei tipi di una malvagità che sembra toccare l'estremo". Nonostante fosse meno deforme dei maschi, la donna delinquente presentava, secondo Lombroso e Ferrero, una maggiore crudeltà rinvenuta da Ferrero nella loro attitudine "non tanto a distruggere il nemico quanto a infliggergli il massimo dolore, a provarlo, martoriarlo e paralizzarlo con la sofferenza". Esistono, dunque, "caratteri degenerativi", ovvero anomalie fisiche, che permettono, secondo Lombroso, di sostenere l'esistenza di vere e proprie "criminali-nate" e di distinguerle dalla donna "normale", ovvero da colei che non delinque.

<sup>1105</sup> *Ibidem*.

<sup>1106</sup> *Ivi*, p. 174.

<sup>1107</sup> *Ivi*, p.178.

riproduttiva e materna, infatti “*ora, essendo il lavoro della riproduzione in gran parte devoluto alla donna, per questa ragione biologica essa è rimasta indietro nello sviluppo intellettuale*”<sup>1108</sup>.

Le teorie di Ferrero, fortemente legate al positivismo e a Darwin ebbero grande diffusione all’inizio del ‘900 e contribuirono a costruire uno stereotipo della donna madre, che analizzata al di fuori della relazione familiare e della funzione educativa, finiva necessariamente nell’area della degenerazione morale. Ogni tentativo di ragionare in direzione opposta<sup>1109</sup> perdeva di significato di fronte alla logica rassicurante dell’interpretazione della relazione tra i due sessi, basata sulla natura e sulla scienza, che proteggeva e rafforzava l’istituzione portante della società: la famiglia<sup>1110</sup>.

In questo contesto anche le donne animate dal desiderio di rivendicare la propria soggettività, finivano comunque per tornare a un’interpretazione della realtà che prevedeva delle differenze di funzioni e ruoli<sup>1111</sup> e che quindi condannava nuovamente la donna

---

<sup>1108</sup> *Ivi*, p. 179.

<sup>1109</sup> L’interpretazione positivista della donna si poneva in contrasto con i movimenti che in Italia e Europa da metà ‘800 cercavano di trasformare la condizione tradizionale della donna per inserirla in un processo più ampio di evoluzione sociale, come sosteneva Morelli. Essa non solo ribadiva l’inferiorità femminile, ma rivolgeva vivaci critiche alle teorie emancipazioniste. Moebius vedeva nelle richieste femministe una minaccia per il genere umano, “erano richieste contro natura. Si tratta qui della salute della massa che vien compromessa dalle perversioni delle donne moderne”. “I veri nemici della donna” sosteneva Moebius “sono i femministi i quali vorrebbero annullare le differenze tra i sessi” (cfr P.J.Moebius, *L’inferiorità mentale della donna*, introduzione di F.Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1978, p. 18.)

<sup>1110</sup> Interessante l’analisi svolta dallo psichiatra Joachin Marcus sui rapporti esistenti tra famiglia e società nello sviluppo psichico dell’individuo (cfr. J. Marcus, *Structure familiale et comportements politiques. L’autorité dans la famille et l’État*, in «Revue Française de psychanalyse», aprile-giugno 1949). Secondo lo studioso in una situazione di normalità per l’individuo, famiglia e società si trovano in un rapporto di continuità, quasi ad essere l’una il prolungamento dell’altra. Il processo è quello dell’interiorizzazione nell’individuo-bambino dell’autorità parentale nel SuperEgo, che verrà poi assimilata, quando sarà adulto, alle autorità che si incontreranno nella realtà politica e sociale. L’autorità dello Stato sarà per l’individuo la riproduzione dell’autorità familiare che l’ha modellato durante l’infanzia. Per contro qualora tuttavia, non si riconosca fin da bambino l’autorità parentale nella famiglia, l’individuo si troverà da adulto in conflitto con l’autorità istituzionale. Molto interessante anche il richiamo alla teoria di Marcus operato da Frantz Fanon nello studio della follia nelle società colonizzate. Lo psichiatra affermava che nell’uomo nero il processo descritto da Marcus era invertito perché il bambino straniero non trovava nella società dominante (coloniale) l’analogo della propria struttura familiare, interiorizzata nel SuperEgo, e pertanto era costretto a “ricacciare” la propria famiglia nell’inconscio e a respingere la propria origine. A causa della mancata identificazione tra autorità parentale e istituzionale il nero assisteva al tracollo dei valori interiorizzati durante l’infanzia e subiva un processo di inferiorizzazione, spingendo la propria struttura familiare nell’Es (cfr. F. Fanon, *Pelle nera, maschere bianche. Il nero e l’altro*, Marco Tropea Editore, Milano 1996, pp.115-116).

<sup>1111</sup> D. Dolza, *Essere figlie di Lombroso. Due donne intellettuali tra ‘800 e ‘900*, FrancoAngeli, Milano 1991, p. 123. Gina Lombroso, figlia di Lombroso teorizzava la differenza femminile e sosteneva che la giustizia consisteva nel far trionfare le differenze e dunque realizzazioni diverse in sfere separate. Reclamare la parità dei diritti creava

all'esclusione da determinate aree di intervento. Gina Lombroso<sup>1112</sup> sosteneva “*un uomo povero, intelligente potrà facilmente sbarazzarsi di queste condizioni di inferiorità; ma una donna non potrà mai sbarazzarsi delle sue funzioni di figlia, moglie, madre che la assorbono tre quarti dei suoi anni migliori della sua vita, e troverà sempre, nella sua posizione, di moglie e sorella, degli ostacoli morali più gravi ancora di quelli materiali*”<sup>1113</sup>. Ma sosteneva anche che le donne “*danno il meglio di sé come propagatrici di idee nuove, fanno miglior figura che come creatrici*”<sup>1114</sup> e che le spinte emancipazioniste erano fattori di corruzione perché illudevano le donne di poter trovare nella sfera pubblica una “*completezza di vita preclusa invece loro per natura*”.<sup>1115</sup>

Le donne non potevano ignorare la loro natura e neanche provare ad allontanarsi da essa, pena la condanna della degenerazione e dell'internamento. Luigia era sola, senza padre né marito, illusa e disillusa e con la morfina imparò a gestire il suo dolore. Pasqua era separata e aveva bisogno di lavorare, ma era donna e la licenza di vendita non era ottenibile. Giulia voleva andare lontano dalla famiglia, ma non aveva soldi, per questo si accordò con il padre per ottenere degli alimenti mensili. Esterina, aveva un marito in carcere e nessuno strumento per procurarsi il cibo durante la sua assenza. Teresa, invece aveva un marito, ma non voleva tornare da lui. La dimensione culturale bloccava l'emergere della soggettività delle donne che erano costrette a vivere secondo il principio che solo il matrimonio era fonte di salvezza.

Il medico psichiatra Max Nordau<sup>1116</sup> cogliendo questa dimensione culturale criticava apertamente gli aspetti patrimoniali e sociali del matrimonio, sostenendo l'unione basata sulla libera scelta e l'attrazione reciproca, anche se assumeva posizioni polemiche contro quei “*ciarlatani che propugnano la così detta emancipazione della donna*”<sup>1117</sup>. L'emancipazione per lo psichiatra equivaleva alla parificazione dei sessi nella lotta per l'esistenza e ciò avrebbe portato ad un peggioramento della condizione femminile. “*La donna*” infatti “*ha nella civiltà*

---

confusione. Le cause dell'ingiustizia di cui soffriva la donna consistevano nel non riconoscerle le sue funzioni nell'organizzazione della famiglia e nell'allevamento dei figli e nel negare loro valore e utilità sociale.

<sup>1112</sup> Gina Lombroso è una delle due figlie di Cesare Lombroso e si sposò con Ferrero. La sua figura è stata approfondita nel testo di D. Dolza, *op. cit.*, che evidenzia le delusioni dovute all'impossibilità di collaborazione con il marito e le sue prese di posizione conservatrici contro il femminismo.

<sup>1113</sup> *Ivi*, p. 100.

<sup>1114</sup> *Ivi*, p. 188.

<sup>1115</sup> *Ivi*, p. 210.

<sup>1116</sup> Max Nordau (1849-1923) era un medico psichiatra, di famiglia ebrea che fu conosciuto al pubblico con l'opera *Le menzogne convenzionali della nostra civiltà*, Dumolard, Milano 1885.

<sup>1117</sup> *Ivi*, p.380.

*un posto elevato e dignitoso unicamente perché è rassegnata e contenta d'essere il complemento dell'uomo e di riconoscerne la materiale superiorità*<sup>1118</sup>. Solo l'uomo aveva *“la forza di elevare a legge la sua opinione e di far valere la sua volontà”*<sup>1119</sup>. Amico di Lombroso, al quale dedicò una delle sue opere maggiori<sup>1120</sup>, utilizzò la categoria della degenerazione per descrivere la società del tempo, trasportandola dalle folli, agli artisti e agli intellettuali. Non solo donne degenerate, ma *“degenerati superiori”*<sup>1121</sup>.

*“Cher et honorè maitre,*

*vi dedico questo libro per riconoscere apertamente e con gioia che senza il vostro lavoro non avrebbe mai potuto essere scritto. La nozione di degenerazione, introdotta per primo nella scienza da Morel, da voi sviluppate in maniera geniale, nelle Vostre mani, estremamente feconda nelle direzioni più diverse. Voi avete gettato su numerosi capitoli oscuri della psichiatria, del diritto criminale, della politica e della sociologia, un veridico fascio di luce che non è stato riconosciuto solo da quanti per testardaggine chiudono gli occhi e hanno la vista troppo annerita per trarre profitto da qualunque rischiaramento.*

*Ma c'è ancora un dominio su cui ancora né voi né i vostri discepoli avete diretto il faro del Vostro metodo: quello dell'arte e della letteratura. I degenerati non sono solo criminali, prostitute anarchici o pazzi dichiarati, tante volte sono scrittori e artisti. Questi ultimi presentano gli stessi tratti intellettuali - e spesso anche somatici - dei membri della stessa famiglia antropologica che soddisfano i loro istinti morbosi con il pugnale dell'assassino o la bomba del dinamitaro, benché li assecondino con la penna o il pennello”*<sup>1122</sup>.

I degenerati superiori, artisti e intellettuali, avevano quindi la responsabilità di spargere nel mondo il germe della follia. Riconoscibili attraverso sintomi quali la ricerca di stimoli sempre nuovi e estremi, l'assenza di attenzione, la compulsione a fantasticare erano *“dei bizzarri, degli originali, degli squilibrati, degli incapaci, [...] persone di cui non si può dire che non siano intelligenti, ma manifestano un'intelligenza improduttiva”*<sup>1123</sup>.

---

<sup>1118</sup> *Ivi*, p. 381.

<sup>1119</sup> *Ivi*, p. 380.

<sup>1120</sup> M. Nordau, *Entartung*, University of Nebraska Press, Lincoln and London 1968.

<sup>1121</sup> *Ivi*, vol.I, p.V-VI.

<sup>1122</sup> *Ibidem*.

<sup>1123</sup> *Ivi*, p.45.

Vittime dell'eziologia della degenerazione, che manteneva un carattere storico e socialmente determinato, erano spiriti stigmatizzati che non reggevano la stimolazione sensoriale del proprio tempo e del cambiamento, e che sarebbero stati destinati alla scomparsa. Le detenute internate, come gli artisti e gli intellettuali di Nordau, si trovavano a vivere il cambiamento di fine secolo senza gli strumenti idonei ad affrontarlo<sup>1124</sup> e come le loro storie dimostrano ne restarono sopraffatte. Vivevano fianco a fianco con un “*maggioranza silenziosa*”<sup>1125</sup> composta da “*ossessi, spiriti deboli e limitati, mediocri*”<sup>1126</sup>, espressione della morale tradizionale basata sul “*il timore-di-ciò-che-dirà-la-gente, il rispetto delle convenienze e dell'ordine stabilito*”<sup>1127</sup>. Chiuse in una simile rigidità morale, correvano verso la loro rovina o evolvevano in “*zone oscure, di pertinenza della psicanalisi*”<sup>1128</sup>, come le grandi eroine del teatro di Ibsen, abitate da passioni che le conducevano spesso all'autodistruzione<sup>1129</sup>.

Alla base delle drammatiche esperienze di queste donne, tra ragione e follia, c'era un manicheismo di fondo che le accompagnava e che vedeva la società divisa in due grandi blocchi: da una parte i sani e virtuosi e dall'altra i degenerati. Era la società quindi a essere ingiusta. Le donne che si rifugiavano nelle loro passioni, ne erano solo una rappresentazione. Nonostante questa riflessione spostò l'attenzione dal singolo alla collettività e descrisse la società come malata e priva dei valori dell'armonia classica non riuscì, tuttavia, ad arrivare ad una consapevole analisi circa le ricadute che tale interpretazione del mondo poteva avere sulle persone. Letta con la lente dell'evoluzionismo, infatti, quella società malata era condannata a degenerare e a morire con tutti e tutte le degenerate. Nella costante lotta per la sopravvivenza e l'adattamento, le folli, i degenerati e gli isterici sarebbero senz'altro stati eliminati perché incapaci di assumere una posizione ferma di fronte ai cambiamenti. In questa prospettiva le malate del Santa Maria della Pietà come tutta “*quella frazione di umanità*” segnata dallo stigma

---

<sup>1124</sup> Si legga a riguardo E. De Martino, *Il mondo magico*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007. Contrariamente alle tesi sostenute da Nordau che vede i degenerati (donne, artisti, malati) condannati all'estinzione di fronte al cambiamento di fine secolo, lo storico sostiene che nei momenti di “crisi della presenza”, quando gli attaccamenti e i riferimenti fondamentali di una società vacillano e si entra in una situazione di pericolo, gli individui ricorrono per sopravvivere all'interpretazione disponibile nell'ambiente di cui fanno parte.

<sup>1125</sup> S. Giuberti, *Ibsen. Un secolo di teatro “fotografico”*, in «Il sole 24ore», 23 novembre 2016.

<sup>1126</sup> *Ibidem*.

<sup>1127</sup> *Ibidem*.

<sup>1128</sup> A. Squillaci, *Henrik Ibsen*, in «La frusta letteraria», Rivista di critica online.

<sup>1129</sup> R. Ferguson, *Henrik Ibsen: A New Biography*, Richard Cohen Books, Londra 1996.

della degenerazione sarebbe scomparsa, per lasciar posto a una nuova umanità in grado di adattarsi ai nuovi ritmi e al progresso<sup>1130</sup>.

Se il progresso e lo sviluppo in atto rappresentavano una tensione verso il futuro, la degenerazione era invece moto retrogrado e involutivo, “*atavismo*”<sup>1131</sup> dovuto all’incapacità di adattamento al nuovo ambiente vitale. La scienza psichiatrica aveva il compito di arginare questo insieme di tendenze impedendo che la patologia dilagasse in epidemia anche per l’influsso pericoloso della letteratura e della sua capacità di suggestionare le masse<sup>1132</sup>. Le pericolose dovevano essere rinchiusi, per evitare l’epidemia sociale. Stessa sorte per gli alcolisti e i poveri, sociotipi che non erano che esempi di un generale esaurimento della razza e di un’incapacità endemica di adeguare i propri sensi ai ritmi della vita moderna.

Queste riflessioni permettono di comprendere i meccanismi che erano alla base dell’abbandono delle detenute-internate, persone ritenute inutili da restituire alla società. Inutili perché non in grado di compiere pienamente il loro destino. Di fronte ai cambiamenti sociali e alla lotta tra una società in estinzione ed il nuovo mondo la donna si trovava in una situazione estremamente difficile. Ogni mutamento rendeva la sua condizione pericolosa. “*Vestale del genio della specie, che non deve addormentarsi mai, la donna deve essere più ligia al passato, più savia, più virtuosa dell’uomo; possedere e conservare più che l’uomo, le virtù da cui dipende la stabilità della famiglia e l’avvenire della razza*”<sup>1133</sup>.

La donna, l’immagine della donna, era bloccata nell’affermazione della sua soggettività da una parte dalla cultura popolare che si inseriva nella tradizione cattolico-borghese, dall’altra dai parametri accademici e scientifici dell’evoluzionismo. E per quanto proprio nel modello naturalistico si possano scorgere i primi segni di una critica “*tendente alla revisione di luoghi comuni e a superare i tabù, ad operare il recupero di quanto le nascenti scienze dell’uomo andavano costruendo per la comprensione delle figure sociali e dei relativi comportamenti*”<sup>1134</sup>, occorreranno ancora molti anni prima che le rivendicazioni sociali e politiche delle donne possano iniziare ad incidere sulla società.

---

<sup>1130</sup> M. Nordau, *Entartung*, cit.

<sup>1131</sup> G. L. Mosse, *Max Nordau. Liberalism and the New Jew*, in «Journal of Contemporary History», 4, 1992, pp. 565-581.

<sup>1132</sup> *Ibidem*.

<sup>1133</sup> G. Ferrero, *op. cit.*, p. 161.

<sup>1134</sup> G. De Liguori, *L’immagine della donna nel paradigma positivistico della degenerazione*, in G. Conti Odorisio (a cura di), *Salvatore Morelli (1824-1880)*, cit., p. 250.

La scienza nell'elaborazione dello stereotipo della donna si appoggiava alla cultura popolare, e spesso utilizzava le credenze<sup>1135</sup> e i detti per rafforzare le proprie tesi. Moebius<sup>1136</sup> ad esempio utilizzava i proverbi per sostenere l'inferiorità biologica della donna, come “*capelli lunghi, cervello corto*”<sup>1137</sup>. Non si trattava di giudizi di valore ma di “*dati di fatto*”<sup>1138</sup>. L'uomo “*non odia davvero il sesso femminile, eccettuato il caso in cui debba lottare con esso*”<sup>1139</sup>, perché era impossibile “*trasformare la donna per mezzo delle leggi e dell'educazione*” in quanto le usanze e i costumi che esistevano presso tutte le popolazioni derivavano dalla natura. E anche qualora fosse stato possibile, il tentativo avrebbe avuto il valore di un “*suicidio sociale*”<sup>1140</sup>, un tradimento verso la propria patria e il proprio ceto<sup>1141</sup>. Le poche donne di genio, rappresentavano esse stesse delle anomalie sociali e infatti erano definite donne dai tratti mascholini<sup>1142</sup>. Le donne che non rispondevano ai caratteri della donna normale, con marito, figlio e casa non avevano nessuna funzione sociale, pertanto potevano essere recluse, a prescindere dall'etichetta di folli che costituiva un alibi per la società. Qualora pubblicamente avessero rivendicato la loro libertà di vita, nella scelta di un nubilato consapevole, avrebbero necessariamente degenerato andando a formare un terzo sesso, neutro, detto della api-neutre o delle api operaie “*un sesso neutro di femmine in cui gli organi sessuali si sono atrofizzati e che grazie a questa infertilità son diventate attive intelligenti, coraggiose e superiori di molto ai*

---

<sup>1135</sup> Tra le credenze più diffuse quella che legava la perdita di ragione della donna al ciclo mestruale. Il medico S. Icard in *La femme pendant la periode menstruelle*, Alcan, Paris 1890, p. 263 sosteneva che la donna era “una malata”, soprattutto nei periodi mestruali, durante i quali si creava uno stato mentale che andava dalla semplice agitazione alla perdita completa di ragione, che la rendeva irresponsabile dei suoi atti. Sul piano sociale questa era una delle motivazioni per cui si riteneva che la donna dovesse essere tenuta lontano “dalla gestione degli affari pubblici”.

<sup>1136</sup> Paul Julius Möebius è stato uno scienziato e neurologo tedesco. Nel suo libro *L'inferiorità mentale della donna* si preoccupò di dimostrare l'inferiorità fisiologica della donna rispetto all'uomo, per dedurre la necessità di continuare ad escluderla dal gioco sociale. Citava per sostenere le sue tesi studi scientifici sul peso del cervello umano (cfr. Th. L. W. von Bischoff, *Das Gehirngewicht des Menschen*, Bonn 1880) da cui si rilevavano differenze di peso tra i cervelli dell'uomo e della donna (1362 grammi per l'uomo e 1212 grammi per la donna) e anche misure diverse (57 centimetri di circonferenza per il cervello maschile e 55 per quello femminile).

<sup>1137</sup> P. J. Moebius, *op. cit.*, p. 18.

<sup>1138</sup> *Ivi*, p. 41.

<sup>1139</sup> *Ivi*, p. 25

<sup>1140</sup> *Ivi*, pp. 31-36.

<sup>1141</sup> *Ibidem*.

<sup>1142</sup> *Ivi*, p. 58. Moebius portava l'esempio di Rahel Varnhagen, ritenuta un “genio nelle chiacchiere”. A riguardo (cfr. H. Arendt, *Rahel Varnhagen. La vie d'une juive allemande à l'époque du romantisme*, Tierce, Paris 1896).

*maschi*”<sup>1143</sup>. Ferrero, che ben rappresentava lo spirito del tempo, pur ammettendo la possibilità per alcune donne di uscire dal matrimonio e di dedicarsi alla vita civile, tramite le funzioni di carità ed assistenza, sosteneva che tale situazione poteva svilupparsi solo in posti come l’Inghilterra, caratterizzata dal temperamento frigido degli uomini. Era difficile immaginare che potesse verificarsi questo fenomeno in Italia. “*Se in un simile inferno si trovassero i vulcanici temperamenti siciliani, quale inferno! Per popoli come questo la schiavitù della donna è il solo regine in cui l’uomo possa vivere felicemente*”<sup>1144</sup>. In fondo “*la schiavitù*” della

---

<sup>1143</sup> Ferrero analizzava il fenomeno delle spinters inglesi. Lo studioso riconduceva le differenze dei vari popoli europei a differenze di carattere biologico ed osservava che diversamente da quello che avveniva in Italia, in Inghilterra uomini e donne vivevano in uno stato di maggiore promiscuità. Parlavano insieme di alcoolismo, riforme sulle imposte e costumi sessuali. Tuttavia la maggiore libertà di cui godevano le donne era attribuita “non a un maggiore giudizio delle donne, ma al fatto che gli uomini sono molto meno aggressivi” e quindi più frigidità. Il fenomeno delle spinters stava assumendo sia numericamente che qualitativamente molta importanza per la trasformazione della condizione femminile. Per Ferrero tuttavia il fatto che le donne non si sposassero e rinunciassero ad una vita sessuale e quasi sempre alla maternità, funzione propria della donna, implicava delle profonde trasformazioni psicologiche. Esse erano così numerose da rappresentare una nuova classe sociale “potente e strana, la cui azione è degna di studio”. Avevano invaso il mercato del lavoro ed erano entrate “in competizione” con gli uomini nelle professioni, nel commercio, nelle arti e nella scienza. In questi casi l’assenza di maternità che implicava “uno spreco di energia fisica e psichica” lasciava alle donne tutte le sue forze intellettuali, anche se alterava profondamente la sua personalità, rendendola capace di esercitare una professione. “La vergine spiega nella vita un accanimento e una spietatezza di cui molti uomini sarebbero incapaci” sostiene Ferrero “perché la maternità non ha esercitato la sua influenza mitigatrice sull’innato egoismo della donna”. La loro riuscita nella vita si spiegava con il loro fallimento come donne. Esonerate quindi dal lavoro domestico ed autonome economicamente avevano quindi la possibilità di dedicarsi all’attività politica, diventando per molti aspetti simili all’uomo. Ferrero interrogandosi sulla possibilità di esse di riuscire ad ottenere diritti politici, riteneva la cosa plausibile, ma non perché i diritti civili e politici dovessero rispondere ad un criterio di giustizia e uguaglianza, ma perché sarebbe stato impossibile opporsi alla pressione della massa delle donne, inserite nel mondo del lavoro. Esse “hanno, come gli uomini, degli interessi da tutelare; come gli uomini conoscono la vita e gli affari; esse non capiscono e nessun uomo di buon senso può capire perché debbano vivere sotto la tutela politica dell’altro sesso. In faccia ad esse cadono tutti i vecchi argomenti contro la concessione dei diritti politici alle donne”. Ferrero riconosce la figura delle spinters, della donna sola e che in quanto tale non modifica il rapporto tra i sessi. Potevano svolgere un compito positivo, ma in settori ben definiti delle attività umane, come l’assistenza, la filantropia e la carità. La società poteva quindi beneficiare della pietas del terso sesso, non femminile, ma non ancora maschile, indirizzandola verso fini sociali, escludendola dalla riproduzione, imponendole la rinuncia all’amore e trasformandola in “infermiera dei mali sociali”. L’esempio delle spinters modificò in parte l’impostazione di Ferrero, che superata la prima fase di avversione al celibato femminile, sosteneva che la donna in questa nuova dimensione “ha tra molti inconvenienti, anche non pochi vantaggi” e che ad essa “sessualmente così frigida, dell’amore importa pochissimo o nulla. La donna quindi si rassegnava al matrimonio solo per convenzione, per accedere a qualche libertà, per necessità economica, per “la sicurezza del pane per la vecchiaia” o per desiderio di maternità. Le donne inglesi preferivano al matrimonio “agitar tra le plebi l’idea del suffragio universale”. Ferrero manifestava preoccupazione per gli uomini inglesi, a fronte di una maggiore indipendenza della donna, che avrebbe avuto ricadute sulla qualità della loro vita. La freddezza e la tenacia della razza inglese avrebbe potuto aiutarli ad affrontare la situazione.

<sup>1144</sup>G. Ferrero, *L’Europa Giovane. Studi e viaggi nei paesi del nord*, Fratelli Treves, Milano 1898, pp.345-346.

donna “non è che uno scherzo di cattivo genere, che un grande scrittore inglese ha avuto torto di prender sul serio”<sup>1145</sup>.

La donna oscillava tra la dimensione della moglie e quella della degenerata, che si esprimeva nello stereotipo della pericolosa. Quest’ultima, non integrata e non funzionale allo sviluppo della società, finiva per essere allontanata dalla famiglia e dimenticata. Poco importava se il luogo dell’abbandono era il carcere o il manicomio.

Così le detenute del Santa Maria della Pietà hanno trascorso i loro anni tra un internamento e l’altro, segnate dallo stigma della follia e dell’inadeguatezza al vivere in società. Il loro essere pericolose si traduceva in uno strumento di reclusione che più che essere conseguenza di comportamenti criminali “veri e propri”, costituiva l’unica soluzione possibile per evitare che i loro comportamenti inopportuni ledessero al buon costume e alla quiete pubblica<sup>1146</sup>. Prova ne sono i brevi periodi di internamento a cui sono state sottoposte le ricoverate del Santa Maria della Pietà, che a fronte della gravità attribuita all’appellativo di “pericolose”, non appaiono adeguati al timore rivendicato dai medici e dai funzionari pubblici per le conseguenze delle loro azioni. Teresa risulta ammessa il 21 gennaio 1910 e dimessa il 4 giugno 1910<sup>1147</sup>, Pasqua risulta ammessa il 26 giugno 1909 e dimessa il 21 luglio 1909<sup>1148</sup>. Esterina, risulta ammessa il 6 aprile 1907 e dimessa l’8 maggio 1907, la prima volta, e ammessa il 6 agosto 1909 e dimessa il 31 agosto 1909, la seconda volta<sup>1149</sup>. Giulia risulta ammessa il 6 marzo 1906 e dimessa il 21 novembre 1906<sup>1150</sup>. Luigia, invece, nei suoi dieci ingressi al Santa Maria della Pietà, non risulta aver avuto mai una degenza superiore ai sette mesi<sup>1151</sup>.

Definite folli e pericolose Giulia, Esterina, Pasqua, Luigia e Teresa, come tante altre donne, sembrano incapaci di adeguarsi a una morale vissuta come non idonea alle proprie speranze e aspettative di vita. La società in cui dovevano vivere disegnava confini morali e

---

<sup>1145</sup> Ferrero fa riferimento a J. S. Mill e alla sua opera *La servitù della donna, cit.*. Cfr. G. Ferrero, *L’Europa giovane, cit.*, p.346.

<sup>1146</sup> Legge 14 Febbraio 1904, n. 36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati” (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 Febbraio 1904)

<sup>1147</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P., Registro Nosografico

<sup>1148</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica, Pasqua P., Registro Nosografico.

<sup>1149</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4632, Cartella Clinica Esterina M., Registro Nosografico.

<sup>1150</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4326, Cartella Clinica Giulia M., Registro Nosografico.

<sup>1151</sup> ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3998, Cartella Clinica Luigia V., Registro Nosografico.

sociali netti e rigidi, costruiva una linea di demarcazione invalicabile che le separava inequivocabilmente dalle donne normali e le indicava come un nemico<sup>1152</sup> da combattere.

A fronte di queste riflessioni appare necessaria, per comprendere a fondo l'esperienza della follia, un'analisi che tenga conto del vissuto delle protagoniste, della loro storia, della cultura locale, del loro mondo. Appare necessario soffermarsi sulle complesse articolazioni sociali del contesto di riferimento e sulla loro evoluzione, che passa per la costruzione e il superamento dei propri confini<sup>1153</sup> e dei criteri di discriminazione, non sempre imposti dall'alto, ma in maggiore o minore grado, attivamente costruiti dal basso<sup>1154</sup>. Appare necessario *“considerare problemi e prospettive legati al/i genere/i come elementi essenziali [...] della comprensione degli universi socioculturali, laddove differenze, dominazioni e discriminazioni sono un'evidenza”*<sup>1155</sup>. La follia, la sofferenza, i corpi malati delle donne rinchiusi in manicomio vanno letti dentro le culture, intese *“come luoghi di conflitto e di trasformazione, come sede di rapporti di forza oltre che di senso”*<sup>1156</sup>.

La sofferenza psichica delle detenute è una sofferenza che, quindi, non può essere ridotta né a un'interpretazione biologica del dolore, né alla sola interpretazione culturale. È una sofferenza che si manifesta nei significati personali e nelle relazioni interpersonali del contesto locale e che non può non tenere conto dell'esperienza della presunta malata<sup>1157</sup>, di come vive se stessa nel mondo che la circonda, del suo corpo.

---

<sup>1152</sup> Sulla figura del delinquente inteso come “nemico della società” nel contesto storico-giuridico italiano del XIX secolo si legga P. Marchetti, *Le sentinelle del male. L'invenzione ottocentesca del criminale nemico della società tra naturalismo giuridico e normativismo psichiatrico*, in «Quaderni fiorentini», Centro studi per la storia del pensiero giuridico moderno, XXXVIII, 2009, tomo II, pp.1009-1080.

<sup>1153</sup> M. Semenzato, *op.cit.*, p.77.

<sup>1154</sup> Si legga a riguardo l'articolo di M. Vaughan, *Madness and Colonialism, Colonialism as Madness: Re-reading Fanon*, in «Paideuma», n. 39, 1993, p.48. La storica analizzando le articolazioni della società coloniale, sosteneva che le culture coloniali fossero caratterizzate da una grande ansia per il mantenimento dei confini e che mentre lo psichiatra Frantz Fanon vedeva in esse soltanto una tipologia di confine, quello tra colonizzatori e colonizzati, disegnato sulla base della categoria “razza”, nelle società coloniali le linee di demarcazione venivano tracciate anche sulla base della classe, del genere, della sessualità. La razza restava per la studiosa sicuramente un criterio di discriminazione fondamentale ma ad essa se ne sovrapponevano altri e vari. Disegnare i confini era un fenomeno complesso e mutevole nel tempo, variabile da una società all'altra, che dava origine proprio in virtù dell'instabilità dei confini a un' ansiosa esigenza di fissare le linee di demarcazione. “Fu l'estrema complessità del cambiamento sociale nelle società coloniali che fece sorgere i tentativi di irrigidire e semplificare” (cfr. M. Vaughan, *op. cit.*, p. 48).

<sup>1155</sup> M. Fusaschi, *Denise Paulme e Germaine Tillion: etnografie militanti nell'Africa degli anni '30*, in «Genesis», VIII/2, 2009.

<sup>1156</sup> R. Beneduce, *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*, 2000, disponibile presso il sito del Centro George Devereux, <http://www.etnopsychitrie.net> .

<sup>1157</sup> I. Quaranta, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, pp. 208-209.

Il corpo della detenuta internata è un corpo che parla. Non appare più come un insieme predeterminato di organi, ma come un corpo cosciente, consapevole, che si attiva in relazione al proprio contesto sociale. Non è più una semplice entità passiva chiusa nel mondo della psichiatria e dell'organicismo, ma soggetto dei processi culturali, produttore di significati<sup>1158</sup>. L'esperienza corporea può essere descritta come una modalità di posizionamento delle detenute-internate nel mondo sociale e la malattia, la follia, come un ambito in cui emerge la dimensione dinamica del corpo. Ed è a questo livello che la malattia mentale può essere letta come un momento di resistenza all'ordine costituito, come un linguaggio in grado di mostrare il disagio, in assenza di altri canali per manifestare la propria indignazione nei confronti dell'ordine sociale. La malattia mentale, la follia, assurge così a prodotto e forma di resistenza a ideologie dominanti<sup>1159</sup>. *“Prodotto delle ideologie dominanti perché conseguenza del disagio derivante dal sistema sociale”*, ma *“anche forma di resistenza a quelle stesse ideologie dominanti nella misura in cui il disagio somatico emerge come forma di critica incarnata dell'egemonia, come un riposizionamento soggettivo rispetto al mondo sociale iscritto nel corpo stesso”*<sup>1160</sup>.

---

<sup>1158</sup> *Ivi*, p. XIX.

<sup>1159</sup> M. Locke, *Nerves and nostalgia. Greek-canadian immigrants and medical care in Québec*, in G. Bibeau, R. Pfeleiderer (a cura di) *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, in «Curare», Special Issue, 7, 1991, pp.87-103.

<sup>1160</sup> I. Quaranta, *op.cit.*, p. XIX.

## Bibliografia

AA.VV. (a cura di), *Il vino. Undici conferenze*, Ermanno Loescher, Torino 1880.

AA.VV., *Carlo Darwin e il darwinismo nelle scienze biologiche e sociali*, F.lli Dumolard, Milano 1892.

AA.VV., *L'opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni*, Tip. V Bona, Torino 1906.

AA.VV., *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

AA.VV., *L'ospedale dei pazzi di Roma, dai papi al '900. Fonti per la storia della follia: Santa Maria della Pietà e il suo archivio storico – sec. XVI-XX*, Vol. I, Dedalo, Roma 1994.

Alfani A., *Il carattere degli italiani*, Barbera Editore, Firenze 1899.

Allard G. (a cura di), *Aspects de la marginalité au Moyen Age*, L'Aurore, Montreal 1975.

Allegra L., *Il parroco: una mediazione tra alta e bassa cultura*, in Vivanti C. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 4, Intellettuali e potere*, Einaudi, Torino 1981.

Allevi G., *L'alcoolismo*, Hoepli, Milano 1906.

Ancet P., *Teratologia, ovvero la scienza dei mostri. Il lavoro di Geoffroy Saint-Hilaire*, in Fadini U., Negri A., Wolfe C.T. (a cura di), *Desiderio del mostro. Dal circo, al laboratorio, alla politica*, Manifestolibri, Roma 2001.

Anfosso L., *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge del 14 febbraio 1904, n.36 ed al regolamento approvato con R. decreto il 5 marzo 1905, n.158*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1905.

Antonietta B., *Il Cardinale Giuseppe Sala e la visita apostolica agli ospedali di Roma*, in «Rivista di Storia della Chiesa in Italia», XLI, n. 2, 1987.

Antonini G., *Assistenza e trattamento dei pellagrosi e degli alcoolisti*, Vallardi, Milano 1909.

Antonini G., *I vantaggi economici della lavorazione agricola e industriale nei manicomi*, Istituto italiano d'arti grafiche, Bergamo 1898.

Antonini G., *Istruzioni e consigli per la lotta contro la pellagra*, Tipografia Istituto Marchiondi, Milano 1915.

Antonini G., *La pellagra*, Manuale Hoepli, Milano 1902.

Archivio di Stato di Roma, Ospedale Santo Spirito n.833, Nuovo Manicomio.

Archivio di Stato di Roma, Ospedale Santo Spirito, n.913.

Archivio di Stato di Roma, Santa Maria della Pietà, n.9.

Archivio di Stato di Roma, Segreteria di Stato, ff. 46-64.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio generale, Decreti.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Nazzareno V., 1895.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Gregorio B., 1915.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Antonietta V., 1815.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Filomena R., 1802.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Gabriele C., 1910.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Elisa L., 1910.

Archivio Santa Maria della Pietà, Archivio sanitario, Cartella clinica Gregorio B., 1890.

Archivio Santa Maria della Pietà, Direzione medica, Carteggio, Unità 36-V.

Arendt H., *Rahel Varnhagen. La vie d'une juive allemande à l'époque du romantisme*, Tierce, Paris 1896.

Armogathe D., Amlbistour M., *Histoire du féminisme français*, , Ed. Des femmes, Paris 1977.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.673, Cartella Clinica Adele F.

ASMP, Archivio Sanitario, Cartella clinica Giovanni C., 1903.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. //, Cartella Clinica Anna B.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. //, Cartella Clinica Giulia M.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.1259, Cartella Clinica Matilde G.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.1895, Cartella Clinica Luigia M.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.2228 Cartella Clinica Virginia S.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.259, Cartella Clinica Anna A.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3096 , Luigia B.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3098, Cartella Clinica Pasqua P.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.3520, Cartella Clinica Teresa P.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4373, Cartella Clinica Luisa C.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.4390, Cartella Clinica Matilde F.R.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n. 4487, Cartella Clinica Caterina A.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.518/802, Cartella Clinica Maria Vienna L.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.525, Cartella clinica Ermelinda F.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.721, Cartella Clinica Esterina M.

ASMP, Archivio Sanitario, Fascicolo n.92, Cartella Clinica Luigia V.

ASMP, Archivio Sanitario, Cartella Clinica Gregorio B., 1915.

ASMP, Archivio Sanitario, Cartella Clinica , Gregorio B., 1890.

ASMP, Archivio Sanitario, Cartella Clinica Elisa L., 1910.

ASMP, Archivio Sanitario, Cartella Clinica Gabriele C., 1910.

ASMP, Direzione medica, Carteggio, Unità 36-V.

ASMP, Statuto e regolamento per il Santa Maria della Pietà di Roma, anno 1870, Fasc. 50, Cap.  
I.

Attenasio L. (a cura di), *Fuori norma, la diversità come valore e sapere*, Armando, Roma 2000.

Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVI, II sessione 1886, Documenti, disegni di legge e relazioni: Progetto del codice penale per il Regno d'Italia, seduta del 22 novembre 1887, Vol. I.

Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVI, II sessione 1902-1903, Discussioni, tornata del 26 marzo.

Atti parlamentari Senato del Regno, legislatura XVIII, I sessione 1892-1893, Documenti, progetti di legge, relazioni n.74.

Atti parlamentari Senato del Regno, legislazione XVII, Discussioni, Tornata del 21 gennaio 1892.

Azzurri F., *Il manicomio di Santa Maria della Pietà in Roma ampliato e recato a nuove forme per la munificenza del santissimo padre Pio IX*, Tipografia Guerra, Roma 1864.

Azzurri F., *Riforme e miglioramenti eseguiti dal 1862 al 1893 nel manicomio di Santa Maria della Pietà in Roma, ora Manicomio Provinciale*, Tipografia E. Perino, Roma 1893.

Babini V.P., Coletti M., Minuz F., Tavaglini A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'ottocento*, il Mulino, Bologna 1982.

Babini V.P., Minuz F., Tavaglini A., *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, FrancoAngeli, Milano 1986.

Bachtel D., Bourel D., Le Rider J. (a cura di), *Max Nordau (1849-1923). Critique de la Dégénérescence, médiateur franco-allemand, père fondateur du sionisme*, Cerf, Paris 1996.

Backer H.S., *Outsiders. Saggio di sociologia della devianza*, EGA, Torino 1987.

Barbarano F., Rei D. (a cura di), *L'autunno del diavolo*, Vol. II, Bompiani, Milano 1990.

Basaglia F., *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini & Castoldi, Torino 2014.

Basaglia F., *L'Utopia della realtà*, Fabbri Publishing, Milano 2014.

Bellassai S., *La mascolinità contemporanea*, Carocci, Roma 2004.

Beneduce R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2014.

Beneduce R., *Politiche dell'etnopsichiatria e politiche della cultura*, 2000, disponibile presso il sito del Centro George Devereux, <http://www.etnopsychitrie.net> .

Bentham J., *Panoptique. Mémoire sur un nouveau principe pour construire des maisons d'inspection et nommément des maisons de force*, trad. fr. di Dumont E., Emprimerie nationale, Paris 1791.

Béra C., *Étude sur les aliénés processifs*, Tesi di medicina, Toulouse 1898.

Beretta M., Mondella F., Monti M. T. (a cura di), *Per una storia della critica della scienza*, Cisalpino, Bologna 1996.

Bernardini F.F., *Tratti e (ri)ritratti di un manicomio: disegni dell'Ospedale di Santa Maria della Pietà di Roma. Padiglione VI, Museo della Mente-Ex Ospedale Psichiatrico di S. Maria della Pietà*, 19 maggio-7 giugno 2003, Ed. De Luca, Roma 2003.

Bettelheim B., *Feral of Children and Autistic Children*, in «American Journal of Sociology» LXIV, 1959.

Bibeau G., Pflleiderer R. (a cura di) *Anthropopolgies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, in «Curare», Special Issue, 7, 1991.

Biffi S., *Opere complete*, Vol. III, Hoepli, Milano 1902.

Biffi S., *Opere Complete*, Vol. II, Parte I, Hoepli, Milano 1902.

Biffi S., *Prime linee di una statistica pei manicomi d'Italia*, in Biffi S., *Opere Complete*, Vol. III, Hoepli, Milano 1902.

Biffi S., *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia pei delinquenti divenuti pazzi*, in «Rendiconti del Regio Istituto lombardo di scienze, lettere e arti», Vol. V., 1872.

Bini F., *Gli alienati secondo i progressi della medicina e della legislazione*, in «Nuova Antologia», Vol. 24, 1873.

Bini F., Livi C., Morselli E., *L'uccisore di bambini*, in «Rivista sperimentale di Freniatria» 1877.

Bizzarri C., *Criminali o folli, nel labirinto della perizia psichiatrica*, Et. Al Edizioni, Milano 2010.

Bock G., *Le donne nella storia d'Europa*, Laterza, Roma 2001.

Bologna C. , *Mostro*, in «Enciclopedia Einaudi», Vol. IX , Einaudi, Torino 1980.

Bonella A.L., *Fonti per la storia della follia: Santa Maria della Pietà e il suo archivio storico (sec. XVI-XX)*, in AA.VV. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

Bonfigli A., Bernardini F. F., *Quella carità che s'isol fare alli pazzi accio venghi a recuperare lasanita. Gli esordi dell'Ospedale di S.Maria della Pietà e la cura dei dementi*, in AA.VV. (a

cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

Bonservisi F., *Inchiesta sulla pellagra in Provincia di Mantova*, con prefazione di C. Lombroso, Manuzio, Mantova 1899.

Borgna E., *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano 2007.

Borzachiello A., *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale*, in Pugliese G., Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma 1997.

Buratta A., *Il card. Giuseppe Antonio Sala e la visita apostolica agli ospedali di Roma*, in «Rivista di storia della chiesa in Italia», 1987, XLI, n.2.

Buret E., *De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France*, in Chevalier L. (a cura di), *Classi lavoratrici, classi pericolose. Parigi nella rivoluzione industriale*, Laterza Roma-Bari 1976.

Burton R., *The Anatomy of Melancholy*, III, Clarendon Press, Oxford 1994.

Cabanis P. J., *Du degré de certitude de la Médecine*, Didot, Paris 1798.

Cabanis P. J., *Rapport adressé au Département de Paris par l'une de ses membres sur l'état des folles détenues à la Salpêtrière*, in Tuetey A., *L'assistance publique à Paris pendant la révolution*, Vol. IV, tomo III, Imprimerie Nationale, Paris 1789-1791.

Camporesi P., *La carne impassibile*, il Saggiatore, Milano 1991.

Canale F., *Del modo di conoscer et sanare i maleficiati, et dell'antichissimo, & ottimo uso del benedire: trattati due. A quali sono aggiunte varie Congiurationi e Essorcisimi contro la*

*tempesta, & cattivi tempi mossi dagli spiriti*, Santo Zanetti Stampator Episcopale, Brescia e Trento 1638.

Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli 1979.

Caracciolo A. (a cura di) *Storia d'Italia. Le Regioni dall'unità ad oggi. Il Lazio*, Einaudi, Torino 1991.

Caravaggio E., *Beneficenza pubblica, di stato o legale, e privata*, Tipografia Accademia dei Lincei, Roma 1911.

Carrara F., *I periti alienisti nel foro (lettera al Prof. C. Livi)*, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche», 1875.

Carrara M., *Tipo completo di delinquente nato a base epilettica*, in Rodler L. (a cura di), *Cesare Lombroso. L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, il Mulino, Bologna 2011.

Castel R., *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, trad. it. di Procacci G., Feltrinelli, Milano 1980.

Cavalier C., *Étude médico-psychologique sur la croyance aux sortilèges à l'époque actuelle*, Montpellier, Typographie de Boehm e Fils, Paris 1868.

Cavarero A., *Orrosismo. Ovvero della violenza sull'inerte*, Feltrinelli, Milano 2007.

Céard J., *Folie e démonologie au XVI siècle*, in Gerlo A. (a cura di), *Folie e déraison*, Colloque International, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles 1976.

Cencelli A., *Un manicomio moderno. Il Manicomio Provinciale di Roma*, in «Nuova Antologia», Roma 1914.

Cereseto G.B., *La legislazione sanitaria in Italia. Parte III. Istituti sanitari di pubblica assistenza*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1903.

Ceretti A., *Homo penalis, homo criminalis*, in Picotti L., Zanuso F. (a cura di), *L'antropologia criminale di Cesare Lombroso: dall'ottocento al dibattito filosofico-penale contemporaneo*, Edizioni Scientifiche, Napoli 2011.

Chapman D., *Lo stereotipo del criminale. Componenti ideologiche e di classe nella definizione del crimine*, Einaudi, Torino 1971.

Chaput B., *La condition juridique et sociale de l'aliené mental*, in Allard G. (a cura di), *Aspects de la marginalité au Moyen Age*, L'Aurore, Montreal 1975.

Char R., *Fureur et mystère*, Gallimard, Paris 1986.

Chartier R., *La rappresentazione del sociale. Saggi di storia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Charuty G., *Le mal d'amour*, in «L'homme», XXVII, 1987.

Chevalier L., *Classi lavoratrici e classi pericolose. Parigi nella rivoluzione industriale*, Laterza, Roma-Bari 1976.

Chiarugi V., *Della pazzia in genere e in ispecie. Trattato medico-analitico, con una centuria di osservazioni*, Vol. I, Luigi Carlieri, Firenze 1793.

Chittolini G., Miccoli G. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 9, La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'età contemporanea*, Einaudi, Torino 1986.

Clemente Díaz M., *Delincuencia femenina: Un enfoque psicosocial*, UNED, Madrid 1987.

Codice Pisanelli, artt. 131-133-134-150-152.

Coen A.M. , *Contributo alla conoscenza della pazzia morale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 47, 2, 1923.

Colajanni N., *L'alcolismo, sue conseguenze morali e sue cause*, Tropea, Catania 1887.

Colazzo M., *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà, del XIX secolo*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Colombero C., *Un contributo alla formazione della nozione di malattia mentale. Le "Questioni medico-legali" di Paolo Zacchia*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Comascini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari 1988.

Comte A., *Cours de philosophie positive*, IV, Baillière, Paris 1877.

Comte A., *Système de politique positiviste. Discours préliminaire*, Œuvres, Vol. I, Mathias, Paris 1851.

Connell R.W., *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano 1996.

Conolly J., *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, Smith, London 1856; trad. it di Nascimbeni L.M., *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, con introduzione di Pirella A., Einaudi, Torino 1976.

Conti Odorisio G., *Salvatore Morelli (1824-1880): democrazia e emancipazionismo nell'ottocento europeo*, ESI, Napoli 1992.

Conti Odorisio G., *Salvatore Morelli: politica e questione femminile*, L'editore, Roma 1990.

Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale (1348-1918)*, Laterza, Bari 1998.

Da Passano M., *Linee di politica criminale nei discorsi inaugurali dei rappresentanti del pubblico ministero (1879-1888)*, in «Materiali per una storia della cultura giuridica», XXI, 1.

Dahlhe M., Dahlke R., Zahn V., *Medicina e auto guarigione per la donna*; trad. it. di Breuer B., Mediterranee, Roma 2000.

Dallemagne J., *Dégénérés et déséquilibrés*, Lamertin, Paris 1895.

Dallemagne J., *Les stigmates biologiques et sociologiques de la criminalité*, Masson, Paris 1896.

Daubié J., *La femme pauvre au XIX siècle*, Coté-femme, Paris 1993.

Davico R., *Il fatuo nelle campagne Piemontesi. Isolamento genetico e barriere invisibili ai primordi del chiudi mento assistenziale*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

De Bernardi A., De Peri F., Panzeri L., *Tempo e Catene*, Garzanti, Milano 1980.

De Bernardi A., *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

De Fréminville B., *La raison du plus fort*, Paris, Seuil, 1977, trad. It di Pizzorno M., *La ragione del più forte. Trattare o maltrattare i malati di mente?*, Milano, Feltrinelli, 1979.

De Giacomo U., *Storia dell'ospedale psichiatrico di Roma*, in «Atti del I congresso Europeo di Storia di Storia ospedaliera. Reggio Emilia 6-12, giugno 1960», Bologna 1962.

De la Pagne M., *Bicêtre réformé, ou l'établissement d'une maison de discipline*, Paris, 1790.

De Liguori G., *L'immagine della donna nel paradigma positivistico della degenerazione*, in Conti Odorisio G. (a cura di), *Salvatore Morelli (1824-1880) emancipazionismo e democrazia nell'Ottocento europeo*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 1992.

De Martino E., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.

De Nerval G., *Aurélia*, Editions de la Pléiade, Paris 1927; trad. it. *Le figlie del fuoco. Aurelia. La mano stregata*, Rizzoli, Milano 1984.

De Peri F., *Il medico e il folle. Istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra ottocento e novecento*, in Della Penata F. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984.

De Peri F., *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, in «Società e Storia», a. II, n.6, 1979.

De Rosa G., *Sicurezza pubblica*, in «Digesto italiano», XXI/3, 1895.

De Warville B., *Théorie des lois criminelles*, II Vol., Desauges, Paris 1781.

Déjérine J., *Anatomie des centres nerveux*, Rueff, Paris 1895.

Del Bufalo A., *Giovan Battista Contini e la tradizione del tardo manierismo nell'architettura tra '600 e '700*, L'Aquila, 1982.

Del Greco F. , *Sui delinquenti pazzi*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1900, 26, 1.

Del Lago A., (a cura di), *Archivio Foucault, 1971-1977*, Feltrinelli, Milano 1994.

Despine P., *Psychologie naturelle. Études sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normale et dans leurs manifestations anormales chez les aliénés et chez les crimineles*, Vol.III., F.Savy, Paris 1868.

Devereux G., *Dall'Angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani, Roma 1984.

Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma 1978.

DeWarville B., *Théorie des lois criminelles*, Vol.II, Desauges, Paris 1781.

Dezza E., *Imputabilità ed infermità mentale: la genesi dell'art.46 del codice Zanardelli*, in «Materiali per una storia della cultura giuridica», a. XXI, n.1, 1991.

Di Cori P. (a cura di), *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna 1996.

Diderot D., *Il nipote di Rameau. Testo francese a fronte*, A. Beretta Anguissola (a cura di), Marsilio, Venezia 2013.

Di Giacomo V., (a cura di), *Carina si spegne*, in «Leggende del diavolo», Cappelli, Rocca S. Casciano 1957.

Di Verce Fornasari E., *Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», Ed. Società Italiana di Psichiatria, Vol. XXV, 1899.

Disposizioni sui manicomi e sugli alienati: legge 14 febbraio 1904, n. 36 e regolamento relativo R. D. 16 agosto 1909, n. 615, con note, Milano, Ed. Pirola, 1906.

Dolza D., *Essere figlie di Lombroso. Due donne intellettuali tra '800 e '900*, FrancoAngeli, Milano 1991.

Donghi P. e Preta L. (a cura di), *In principio era la cura*, Laterza, Bari-Roma 1995.

Esquirol E., *Delle Case dei pazzi*, Tip. Ducale, Parma 1827.

Eymericus N., Peña F., *Il manuale dell'inquisitore*, Fanucci, Roma 2000.

Fanfero E., *Biografie femminili e isteria nell'ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in AA.VV. (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.

Fanon F., *Decolonizzare la follia*, OmbreCorte, Verona 2011.

Fanon F., *L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites*, in «La Tunisie Médical», 37, 10, 1959.

Fanon F., *Pelle nera, maschere bianche. Il nero e l'altro*, Marco Tropea Editore, Milano 1996.

Fantini B., *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina moderna*, in Donghi P. e Preta L. (a cura di), *In principio era la cura*, Laterza, Bari-Roma 1995.

Fanucci A., *Trattato di tutte le opere pie dell'alma città di Roma composto dal signor Camillo Fanucci senese*, Roma 1607, in Bonella A.L., (a cura di), *Fonti per la storia della follia: S. Maria della Pietà e il suo archivio storico (sec. XVI-XX)*, Dedalo, Roma 1994.

Faranda L., *La signora di Blida. Susanne Taieb e il presagio dell'etnopsichiatria*, ArmandoEditore, Milano 2012.

Farge A., *Il piacere dell'archivio*, Essedue Edizioni, Verona 1991.

Farina R., *Politica, amicizia e polemiche lungo la vita di Anna Maria Mozzoni*, in Scaramuzza E. (a cura di), *Politica e amicizia. Relazioni, conflitti e differenze di genere (1860-1915)*, FrancoAngeli, Milano 2010.

Ferguson R., *Henrik Ibsen: A New Biography*, Richard Cohen Books, Londra 1996.

Ferrajoli L., *Diritto e ragione. Teoria e garantismo penale*, Laterza, Roma 2009.

Ferrero G., *L'Europa Giovane. Studi e viaggi nei paesi del nord*, Fratelli Treves, Milano 1898.

Ferrero G., *Le donne dei Cesari*, Edizioni Athena, Milano 1925.

Ferri E., *Classificazione dei delinquenti e loro caratteri psichici*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1885.

Ferro F.M., *Il Gran Teatro della romana pietà*, in AA. VV. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Bari 1994.

Figurelli M., *L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcoolismo in Italia*, in «Classe», 15, 1978.

Fimiami M., *La follia, per una logica dell'ossimoro*, Atti del convegno «Bioetica pratica e cause di esclusione sociale», Napoli, CIRB, 18-19 novembre 2010.

Fiorani L., *Le confraternite romane. Esperienza religiosa, società, committenza artistica*, in «Ricerche per la storia religiosa di Roma», 5, 1984.

Fiorani L., *Religione e povertà. Il dibattito sul pauperismo a Roma tra cinque e seicento*, in «Ricerche per la Storia religiosa di Roma», III, 1979.

Fiorani M., *Bibliografia di storia della psichiatria italiana, 1991-2010*, University Press, Firenze 2010.

Fiordispini P., *Il rendiconto statistico clinico del Manicomio del Santa Maria della Pietà per gli anni 1872-73*, Tipografia Mugnoz, Roma 1974.

Fiordispini P., *Rendiconto statistico-clinico del manicomio di Roma pel settennio dal 1874 al 1880*, Mario Armani, Roma 1884.

Fiore B., Coppo P., *Del lavorare in Etnopsichiatria*, in «La Ricerca Folklorica. Contributo allo studio della cultura delle classi popolari. L'Etnopsichatria», n.17, 1980.

Fiorino V., *Benedetto Viale Prelà e l'Ospedale dei pazzi di Roma*, in «Antologia Vieusseux», XX, 58, 2014.

Fiorino V., *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà. Il profilo istituzionale e sociale (1558-1919)*, in «Mélanges de l'École française de Rome: Italie et méditerranée», 116, 2, 2004.

Fiorino V., *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, ETS, Pisa 2011.

Fiorino V., *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra otto e novecento*, Marsilio, Venezia 2002.

Fiume G., *Introduzione*, in «Genesis», II, 1, 2003.

Fornari U., Coda S., *Dalla pazzia morale al disturbo antisociale di personalità*, in «Rassegna italiana di criminologia», 2, 2000.

Fornari U., *Temperamento, delitto, follia*, in «Rivista Italiana Medico legale», XXIII, 2001.

Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet, Torino 2008.

Fornili C.C. (a cura di), *Delinquenti e carcerati a Roma alla metà del '600*, Editrice Pontificia Università Gregoriana, Roma 1991.

Foucault M., *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano 1998.

Foucault M., *Che cos'è un autore?*, in Foucault M., *Scritti letterari*, Feltrinelli, Milano 1996.

Foucault M., *Discorso e verità nella Grecia antica*, Donzelli, Roma 1996.

Foucault M., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2000.

Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015.

Foucault M., *L'archeologia del sapere*, BUR, Milano 1999.

Foucault M., *L'ordine del discorso e altri interventi*, Einaudi, Torino 1974.

Foucault M., *La vita degli uomini infami*, in Del Lago A., (a cura di), *Archivio Foucault, 1971-1977*, Feltrinelli, Milano 1994.

Foucault M., *La volontà di sapere*, Universale Economica Feltrinelli, Milano 1988.

Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Puf, Paris 1963.

Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1994.

Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Milano 2011.

Frascani P., *L'Ospedale moderno in Europa e Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in «Società e storia», 52, XIII, 1991.

Frascani P., *Ospedale e società in età liberale*, il Mulino, Bologna 1986.

Frigessi D., *Cesare Lombroso*, Einaudi, Torino 2003.

Frigessi D., Giacanelli F., Mangoni L.(a cura di), *Delitto, genio e follia*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.

Fusaschi M., *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*, CISU, Roma, 2013.

Fusaschi M., *Denise Paulme e Germaine Tillion: etnografe militanti nell'Africa degli anni '30*, in «Genesis», VIII/2, 2009.

Gadebush Bondio M., *La tipologizzazione della donna deviante nella seconda metà dell'ottocento. La prostituta, la criminale e la pazza*, in Beretta M., Mondella F., Monti M. T. (a cura di), *Per una storia della critica della scienza*, Cisalpino, Bologna 1996.

Gallini C., *La donna dei positivisti*, in «Orsa minore», 1982, nn.3-4.

Gallini C., *La sonnambula meravigliosa*, Feltrinelli, Milano 1983.

Galzigna M., (a cura di), *Artaud, l'irriducibile. Frammenti inediti dei "Cahiers" con testo francese a fronte*, Il Poligrafico, Padova 2012.

Galzigna M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia 1998.

Galzigna M., *La sfida dell'altro. Per una critica dell'Io unitario*, in Galzigna M. (a cura di), *La sfida dell'altro. Le scienze psichiche in una società multiculturale*, Marsilio, Venezia 1999.

Galzigna M., *Rivolte del pensiero. Dopo Foucault, per riaprire il tempo*, Bollati Boringhieri, Torino 2013.

Galzigna M., *Soggetto di diritto, soggetto di follia. Introduzione a J.E. Esquirol*, Marsilio, Venezia 1982.

Garofalo F., *L'insegnamento e l'esercizio della medicina negli Stati Romani durante l'occupazione napoleonica (1808-1814)*, in «Huma Studia», serie III, Vol. I, 1953.

Garofalo R., *Alienazione mentale*, voce in «Enciclopedia giuridica italiana», Vol.I, Vallardi Editore, Milano 1892.

Garofalo R., *Criminologia. Studio sul delitto, sulle sue cause e sui mezzi di repressione*, Fratelli Bocca, Torino 1891.

Garrido Genovés V., *Principios de Criminología*, Tirant Lo Blanch, Valencia 1999.

Gavazzeni G., *Cura e profilassi delle nevrosi in rapporto alla loro origine*, Tipografia Sant'Alessandro, Bergamo 1908.

Geertz C., *Interpretazioni di culture*, il Mulino, Bologna 1998.

Geremek B., *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Laterza, Roma-Bari 1995.

Gerlo A. (a cura di), *Folie e déraison*, Colloque International, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles 1976.

Giacanelli F., Campoli G., *La costituzione positivistica della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», fasc. III, luglio-settembre, 1973.

Giannelli A., *Il nuovo Ospedale Provinciale "Santa Maria della Pietà". Le malattie mentali dal 1901 al 1936 nella provincia di Roma*, Tipografia Ospedale Santa Maria della Pietà, Roma 1937.

Giannelli A., *Studi sulla pazzia nella Provincia di Roma*, Tipografia Ditta Ludovico Cecchini, Roma 1905.

Gibson M., *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Pearson Paravia Bruno Mondadori, Torino 2004.

Gilardoni A., voce *Manicomi*, in «Il Digesto Italiano», Vol. XV, I, UTET, Torino 1907.

Gillio M., *La popolazione manicomiale in Italia dall'Unità alla Grande Guerra*, in Giraud O., Ruocco M., Scalfani F., Traverso G. B. (a cura di), *L'imputabilità dei soggetti con disturbo della personalità: nuove prospettive biocriminologiche*, in «Rassegna Italiana Criminale», 2002.

Giraud O., Ruocco M., Scalfani F., Traverso G.B., *L'imputabilità dei soggetti con disturbo della personalità: nuove prospettive biocriminologiche*, in «Rassegna Italiana Criminale», 2002.

Girolami G., *Studi psicologici e patologici sulla pazzia*, Wagner Editore, Livorno 1856.

Giuberti S., *Ibsen. Un secolo di teatro "fotografico"*, in «Il sole 24ore», 23 novembre 2016.

Glissant E., *Poetica della relazione*, Quodlibet, Macerata 2007.

Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010.

Goffman E., *Stigma, l'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2012.

Goffmann E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna 1969.

Gonzales E., *La Frenosi alcoolica nel manicomio provinciale di Monbello durante l'ultimo decennio (1890-1899)*, in «Gazzetta Provinciale di Mombello», settembre-dicembre 1899.

Grassi G., Bombardieri C., *Il policlinico della delinquenza*, FrancoAngeli, Milano 2016.

Graziosi M., *Infirmitas sexus. La donna nell'immaginario penalistico*, in «Democrazia e diritto», n.2, 1993.

Greco G. (a cura di), *Lo scienziato e la prostituta: due secoli di studi sulla prostituzione*, Edizioni Dedalo, Bari 1987.

Griesinger W., *Tratté des maladies mentales: pathologie et thérapie*, A. Delahaye, Paris 1845.

Groppi A., *Carriera di un'internata tra Buon Pastore e Manicomio*, in «Annali della fondazione Basso», VII, 1983-1984.

Groppi A., *I conservatori della virtù. Donne recluse nella Roma dei Papi*, Laterza, Roma-Bari 1994.

Gualandi D., *Della costruzione di un manicomio pubblico. Dissertazione*, Tipografia delle Scienze, Bologna 1850.

Gualandi D., *Osservazioni sopra il celebre stabilimento di Aversa nel Regno di Napoli e sopra molti altri spedali d'Italia destinati alla reclusione e cura dei pazzi*, Tipografia delle Scienze, Bologna 1823.

Gualandi G., *Delle riforme legislative da promuoversi a favore degli alienati di mente*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», n. 1, 1864.

Guarnieri P., *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Laterza, Bari 2006.

Guarnieri P., *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Leo S. Olschki, Firenze 1991.

Guerrieri R., *Sensibilità e anomalie fisiche e psichiche nella donna normale e nella prostituta*, in Greco G. (a cura di), *Lo scienziato e la prostituta: due secoli di studi sulla prostituzione*, Edizioni Dedalo, Bari 1987.

Guidi L., *L'onore in pericolo. Carità e reclusione femminile nell'Ottocento napoletano*, Liguori, Napoli 1991.

Hediger H., *Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals*, Butterworths Scientific Publications, London 1955.

Hegel G.W. F., *Enciclopedia delle scienze filosofiche*, trad., pref. e note di Croce B., par. 408, Laterza, Bari 2009.

Hegel G.W. F., *Fenomenologia dello spirito*, Bompiani, Milano 2008.

Héritier F., *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma-Bari 2010.

Hillman J., *Il mito dell'analisi*, Adelphi, Milano 1979.

Hyppolite J., *Genesi e struttura della « Fenomenologia dello spirito » di Hegel*, La Nuova Italia, Firenze 1972.

Hoffbauer J.C., Chambeyron A.M., *Médecine Légale relative aux aliénés et aux sourds-muets*, Baillière, Parigi 1827.

Icard S., *La femme pendant la période menstruelle*, Alcan, Paris 1890.

Irigaray L., *Speculum. L'altra donna*, Feltrinelli, Milano 1975.

Jaria A., *I direttori*, in AA.VV. (a cura di), *L'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma. L'Ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio provinciale alla chiusura*, Vol. III, Dedalo, Bari 2004.

Jaria A., Simonetto C.E., Tulelli C., *Aspetti e tendenze della cultura del manicomio Santa Maria della Pietà di Roma, negli anni 1850-1890, come memoria della psichiatria in Roma*, in «Atti del I Congresso Nazionale della Società Italiana di storia della psichiatria: contro una società senza memoria», Viareggio, 20-22 aprile 1989.

Jaria A., Tulelli C., *Ratio et observatio: strumenti della nosografia del manicomio*, in «Atti del II Congresso Nazionale di Storia della Psichiatria: nosografia e transnosografia», Siena, 21-23 marzo.

Jervis G., *Prefazione*, in Pirelli G. (a cura di), *Opere scelte di Frantz Fanon*, Einaudi, Torino 1971.

Klauri C., *Dal pazzo povero al povero pazzo. Una ricerca sul sistema assistenziale dei pazzi e sulla pazzia nella Roma barocca*, in «Psicoterapia e scienze umane», 4, 1986.

Kleinman A., *Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness*, in «British Journal of Psychiatry», 151.

Klibansky R., Panofsky E., Saxl F., *Saturno e la melanconia. Studi di storia nella filosofia naturale, religione e arte*, Einaudi, Torino 1983.

Knibiehler Y., Fouquet C., *La femme et les medecins*, Hachette, Paris 1983.

Kraepelin E., *Trattato di psichiatria*, trad. it. di G. Guidi e A. Tamburini, Vallardi, Milano 1907.

Kramer H., Sprenger J., *Il martello delle streghe. La sessualità femminile nel transfert degli inquisitori*, Marsilio, Venezia 1995.

Kristeva J., *Seule une femme*, Edition de l'Aube, Paris 2007.

Laharie M., *La folie au Moyen Age*, Puf, Paris 1992.

Lavenia V., *I diavoli di Carpi e il Sant'Uffizio*, in Rosa M. (a cura di), *Eretici, esuli e indemoniati nell'età moderna*, Olschki, Firenze 1998.

Legge 14 Febbraio 1904, n.36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 Febbraio 1904.

Lepre S., *Uno spaccato di vita manicomiale fra otto e novecento. Il Santa Maria della pietà di Roma. La provincializzazione dell'opera pia*, in «Le difficoltà dell'assistenza. Le opere pie in Italia tra otto e novecento», Bulzoni, Roma 1988.

Lévy-Bruhl L., *La mentalità primitiva*, Einaudi, Torino 1996.

Lévy-Bruhl L. (a cura di), *Lettera di Comte a Mill (1841-1847)* in «Correspondance de John Stuart Mill et d' Auguste Comte», Alcan, Paris 1899.

Lionetti R., *L'efficacia terapeutica: un problema antropologico*, in «La ricerca folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari. L'etnopsichiatria», n.17, 1998.

Livi C., *I periti alienisti nel foro (lettera al Prof. Comm. F. Carrara)*, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche», 1875.

Livi C., *Viaggio a manicomi d'Italia*, in «Il tempo, giornale italiano di medicina», II, Vol. IV, fasc. VII, 1859.

Locke M., *Nerves and nostalgia. Greek-canadian immigrants and medical care in Québec*, in Bibeau G., Pfleiderer R. (a cura di) *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, in «Curare», Special Issue, 7, 1991.

Lombroso C., Ferrero G., *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino 1903.

Lombroso C., Ferrero G., *La donna delinquente la prostituta e la donna normale*, prefazione di Gibson M. e Hahn Rafter N., Et Al, Varese 2010.

Lombroso C., *Il vino nel delitto, nel suicidio, nella pazzia*, in AA. VV., (a cura di) *Il vino. Undici conferenze*, Ermanno Loescher, Torino 1880.

Lombroso C., *L'uomo Bianco e l'uomo di colore, lettere sull'origine e la varietà delle razze umane*, F. Sacchetto, Padova 1971.

Lombroso C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie*, Bocca, Torino 1896.

Lombroso C., *L'uomo perfetto*, in «Archivio di psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente», Vol. XII.

Lombroso C., *La perizia psichiatrico-legale coi metodi per eseguirla e la casistica penale classificata antropologicamente*, Fratelli Bocca, Torino 1905.

Lombroso C., *Studi clinici e antropometrici sulla microcefalia e sul cretinismo*, in «Rivista clinica Bologna», s. II, a. III, n.7, 1873.

Lombroso C., *Sull'Istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in «Rendiconti del Regio Istituto lombardo di scienze, lettere e arti», Vol. V, 1872.

Lombroso G., *L'anima della donna*, Zanichelli, Bologna 1921.

Lonni A., *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'ordine dei medici, XIX e XX secolo*, FrancoAngeli, Milano 1994.

Lucchini L., *I semplicisti (antropologi, psicologi e sociologi) del diritto penale*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1886.

Lugaro E., *I problemi odierni della psichiatria*, Sandron, Milano-Napoli 1906.

Magnan V., *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*, Baillière, Paris 1885.

Magnan V., *Traité de thérapeutique appliquée. Traitement des maladies mentales*, Rueff, Paris 1898.

Magnani A., *Le istituzioni pubbliche di beneficenza: commento alla legge 17 luglio 1890 n.6972*, Roux e Viarengo, Torino 1900.

Mancina C., *Anna Maria Mozzoni*, in Roccella E., Scarrafia L. (a cura di), *Italiane dall'Unità d'Italia alla Prima guerra Mondiale*, Vol. I, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 2003.

Mantegazza P., *La fisiologia della donna*, Bietti, Milano 1945.

Marchetti P., *Le sentinelle del male. L'invenzione ottocentesca del criminale nemico della società tra naturalismo giuridico e normativismo psichiatrico*, in «Quaderni fiorentini», Centro studi per la storia del pensiero giuridico moderno, XXXVIII, 2009, tomo II.

Marcus J., *Structure familiale et comportements politiques. L'autorité dans la famille et l'État*, in «Revue Française de psychanalyse», aprile-giugno 1949.

Margherini G., Biotti V., *L'isola delle Stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secoli XIV-XVIII*, Ed. Ponte alle Grazie, Firenze 1992.

Martin E., *The Woman in The Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston Mass 1987.

Marx K., *Il capitale*, Libro III, Edizioni Rinascita, Roma 1956.

Mattenklot G., “*Dégénérescence*”. *La théorie de la dégénération culturelle chez Max Nordau*, in Bachtel D., Bourel D., Le Rider J. (a cura di), *Max Nordau (1849-1923). Critique de la Dégénérescence, médiateur franco-allemand, père fondateur du sionisme*, Cerf, Paris 1996.

Maura M., Pisseri P., *Le strutture della follia. Istituzioni e società in Liguria dal XV al XIX secolo*, Sagep, Genova 1991.

Mayr E., *Il modello biologico*, ed. McGraw-Hill Italia, Milano 1998.

Mazza R., *La malattia mentale nel cinquecento: tassonomia e casi clinici*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia psichiatrica e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Melossi D., Pavarini M., *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario (XVI-XIX secolo)*, il Mulino, Bologna 1982.

Menghi G., *Compendio dell'arte esorcista, et possibilità delle mirabili et stupende operazioni delli demoni, et de malefici. Con li rimedij opportuni alle infermità maleficiali*, Giovanni Rossi, Bologna, 1576, Ed. anastatica, Nuovo Stile Regina editrice, Genova 1987.

Mercurio S., *Degli errori popolari d'Italia, libri sette, divisi in due parti*, Bolzetta, Padova 1645.

Michelet J., *Cours professé au Collège de France, 1847-1848*, Chamerot, Paris 1848.

Michelet J., *Histoire de France*, A. Lemerre, Paris 1885.

Michelet J., *Il prete, la donna, la famiglia*, G. Fantini, Torino 1850.

Michelet J., *La donna*, Liguori, Napoli 1977.

Mill J. S., *La libertà. L'utilitarismo. L'asservimento delle donne*, Rizzoli, Milano 1999.

Mill J.S., *Lettera a J. Daubié*, in «Le droit des femmes», 17 aprile 1870.

Mill J. S., *Michelet's History of France*, in «Essay on French History and Historians», Call. Works a cura di J.M. Robinson, Voll.XX, University of Toronto Press, Routledge & Kegan Paul, 1985.

Miralles T., *Delincuencia Femenina. Nuevas perspectivas para su estudio*, in Serrano Tárraga M. D., Vázquez González C. (a cura di), «Cuadernos de Política Criminal», 2006 Segunda Época, III (90), disponibile on-line su [www.uned-illesbalears.net](http://www.uned-illesbalears.net).

Modena G., *Le malattie mentali in Italia*, Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, Roma 1928.

Moebius P.J., *L'inferiorità mentale della donna (1900)*, introduzione di Basaglia O., Einaudi, Torino 1978.

Montaldo C., Tappero P. (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Utet, Torino 2009.

Morel B. A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Ballière, Paris 1857.

Morel B. A., *Traité des Maladies Mentales*, Baillière, Paris 1860.

Morichini C. L., *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e dei prigionieri in Roma*, Stabilimento tipografico camerale, Roma 1870.

Morichini C.L., *Degli istituti di pubblica carità e di istruzione primaria in Roma. Saggio storico e statistico*, Tip. Camerale, Roma 1835.

Moroni G., *Dizionario di erudizione storico-ecclesiastico da San Pietro ai nostri giorni*, Vol. XLIX, Tipografia Emiliana, Venezia 1840-1879.

Morselli E., *Cesare Lombroso e la filosofia scientifica*, in AA.VV., *L'opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni*, Tip. V Bona, Torino 1906.

Morselli E., *Manuale di Semeiotica delle malattie mentali*, Vallardi, Milano 1898.

Mosse G. L., *Max Nordau. Liberalism and the New Jew*, in «Journal of Contemporary History», 4, 1992.

Mosse L., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997.

Mozzoni A.M., *La donna e i suoi rapporti sociali*, Tipografia sociale, Milano 1864.

Musemeci E., *Cesare Lombroso e le neuroscienze: un parricidio mancato*, FrancoAngeli, Milano 2013.

Neppi Modona G., *Quali detenuti per quali reati nel carcere dell'Italia liberale?*, in Montaldo S., Tappero P. (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Utet, Torino 2009.

Neri G., *Sull'importanza e difficoltà degli studi psichiatrici. Prolusione alla clinica delle malattie mentali*, Tipografia Lana, Fano 1868.

Neri G., *Sull'ubicazione di un manicomio e sulla convenienza di averlo in Pisa*, in «L'ippocratico», 1869.

Nordau M., *Degenerazione*, Dumolard, Milano 1893.

Nordau M., *Entartung*, University of Nebraska Press, Lincoln and London 1968.

Nordau M., *Le menzogne convenzionali della nostra civiltà*, Dumolard, Milano 1885.

Pailhas N., *Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de la propriété. Leur intérêt au point de vue médico-légal*, Amalric, Albi 1885.

Pandolfi M., *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio Campano*, FrancoAngeli, Milano, 1991.

Pantaleoni D., *Rapporto amministrativo sulle condizioni finanziarie igieniche e morali dell'Archiospedale di S. Spirito in Sassia e stabilimenti annessi, brefotrofo, conservatorio, manicomio e banco, redatto nel dicembre 1971*, Tip. G. Menicanti, Roma 1871.

Parchappe M., *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Masson, Paris 1853.

Parsons T., *Introduction to Part Four. Culture and the Social System*, in Parsons T., Naegele K.D., Pitts J.R., (Eds.), *Theories of Society*, The Free Press of Glencoe, New York 1961.

Pastore A., *Strutture assistenziali fra Chiesa e Stati nell'Italia della Controriforma*, in Chittolini G., Miccoli G. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 9, La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'età contemporanea*, Einaudi, Torino 1986.

Pene Vidari G.S., *Il Regno di Sardegna*, in «Amministrazione della giustizia e poteri di polizia dagli stati preunitari alla caduta della destra», Istituto di storia del Risorgimento italiano, Roma 1986.

Piccialuti Caprioli M., *Amministrazione pubblica ed istituzioni assistenziali dal 1871 al 1911*, in Caracciolo A. (a cura di) *Storia d'Italia. Le Regioni dall'unità ad oggi. Il Lazio*, Einaudi, Torino 1991.

Picotti L., *Cesare Lombroso: un'introduzione all'impatto del suo pensiero sulla teoria del diritto penale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2011.

Picotti L., Zanuso F. (a cura di), *L'antropologia criminale di Cesare Lombroso: dall'ottocento al dibattito filosofico-penale contemporaneo*, Edizioni Scientifiche, Napoli 2011.

Pieroni Bortolotti F., *Alle origini del movimento femminista in Italia 1848-1892*, Einaudi, Roma 1963.

Pinel Ph., *La mania. Trattato medico filosofico*, Marsilio, Venezia 1997.

Pinel Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie (1801)*, trad.it., *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, Tipografia Orcesi, Lodi 1830.

Pitch T., *I diritti fondamentali: differenze culturali, disuguaglianze sociali, differenza sessuale*, Giappichelli, Torino 2004.

Pizza G., *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci Editore, Roma 2005.

Politi G., Rosa M., Della Peruta F. (a cura di), *Timore e carità: i poveri nell'Italia moderna. Atti del convegno "Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani"*, Ed. Libreria del Convegno, Cremona 1980.

Porot A., *Notes de Psychiatrie musulmane*, in «Annales Médico-Psychologiques», tomo IX, 1918, 74.

Postel J., Quételet C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris 2004.

Prichard J.C., *A Treatise on Insanity and Other disorder affecting the mind*, Gilbert & Piper, Sherwood, London 1835.

Procacci G., *L'economia sociale ed il governo della miseria*, in «Aut aut», 167-168, 1978.

Proudhon P. J., *Sistema delle contraddizioni economiche o Filosofia della Miseria*, UTET, Torino 1975.

Pugliese G., Giorgini G. (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews, Roma 1997.

Quadrato R., *Infirmis sexus e levitas animi. Il sesso "debole" nel linguaggio dei giuristi romani*, in Sini F., Ortu R. (a cura di), *Scientia iuris e linguaggio nel sistema giuridico romano*, Giuffrè, Milano 2001.

Quaranta I., *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

Quattrocchi P., *I mille volti della sobada*, in «Annuario di Antropologia n.12», Ledizioni, Milano 2010.

Raccolta Ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno d'Italia, Parte I, Dalla stamperia Reale, Torino 1906.

Raggi A., *L'open Door (il manicomio a sistema scozzese)* in «Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere», vol. XXXII, 1899, p. 719 e ss.

Raggi A., *Se e quali metodi abbia il direttore di un manicomio per opporsi alle eventuali ingerenze degli amministratori nelle parti del servizio estranee alle loro mansioni e che vanno a detrimento della sua autorità*, in «Rivista sperimentale di Frenatria e Medicina legale delle alienazioni mentali», XXII, 1896.

Ramandier J., Fenayrou A., *La criminalité dans l'Avayron*, in «Annales médico-psychologiques», 1898.

Re S., *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel Manicomio di Colorno (1880-1915)*, FrancoAngeli, Milano 2014.

Regolamento carcerario del 1 febbraio 1891, n. 260.

Revel J., *Identità, natura, vita:tre decostruzioni biopolitiche*, in Galzigna M. ( a cura di), *Foucault oggi*, Feltrinelli, Milano 2008.

Ricca A. G., *Corpi d'eccezione, Storie di uomini e donne internati nel Manicomio di Aversa. 1880-1920*, Filema, Napoli 2006.

Riefolo G., Ferro F., *Note sulla fondazione della psichiatria clinica: prassi dell'osservazione e nascita della "cartella"*, in «Giornale storico di Psicologia dinamica», 22, 1987.

Riefolo G., Ferro F., *Santa Maria della Pietà, tra assistenza e clinica all'inizio dell'800. Due relazioni di Alessandro Flajani*, in «Lavoro neuropsichiatrico», 1, 1988.

Riefolo G., Ippedico L., Tonnini Falaschi M.C., *Mingazzini e i neuropsichiatri della scuola romana tra 800 e inizio del '900*, in «Atti del Convegno:Lo sviluppo storico della neurologia italiana:lo studio delle fonti», Padova, 31 ottobre 1987.

Riefolo G., Losavio T., *Tra ottocento e novecento. La psichiatria italiana attraverso i documenti clinici di Santa Maria della pietà*, in AA.VV. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di*

Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

Rocca G., *Alle origini del manicomio. L'ospedale dei pazzi di Ancona*, FrancoAngeli, Milano 1998.

Roccella E., Scarrafia L. (a cura di), *Italiane dall'Unità d'Italia alla Prima guerra Mondiale*, Vol. I, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 2003.

Rochat G., *L'alcoolismo in Italia*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», Vol. 35, Società italiana di psichiatria, 1909.

Rodler L. (a cura di), *Cesare Lombroso. L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, il Mulino, Bologna 2011.

Romano C.A., Saurignani I., *L'ospedale psichiatrico giudiziario tra ideologia e prassi*, in «Rassegna criminale», 2001.

Romano M., Stella F., *Ricoveri, dimissioni e trattamento terapeutico dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali*, Giuffrè, Milano 1973.

Romeo G., *Esorcisti, confessori e sessualità femminile nell'Italia della Controriforma*, Le Lettere, Firenze 1998.

Rosa M. (a cura di), *Eretici, esuli e indemoniati nell'età moderna*, Olschki, Firenze 1998.

Roscioni L., *Follia e istituzioni in età moderna. Gli Ospedali dei pazzi in Italia*, in Salvemini B. (a cura di), *Gruppi ed identità sociali nell'Italia di età moderna. Percorsi di ricerca*, Edipuglia, Bari 1998.

Roscioni L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Pearson Italia, Torino-Milano 2003.

Rossi Monti M., *Psichiatria e fenomenologia*, Loescher, Torino 1978.

Rossi S., *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, FrancoAngeli, Milano 2015.

Rosso R., Fornari U., *Il trattamento del prosciolto nella psichiatria positivista una rivisitazione storica*, in «Rivista Italiana di Medicina Legale», XIV, 1992.

Rotili M., *Filippo Raguzzini e il rococò romano*, Fratelli Palombi, Roma 1951.

Rovera G., Gatti A., *Folli, diavoli e psichiatri*, in Barbarano F., Rei D. (a cura di), *L'autunno del diavolo*, Vol. II, Bompiani, Milano 1990.

Ruggero Pastura M.G., *Una visita del 1592 all'ospedale dei pazzi di Roma*, in «Rassegna degli archivi di Stato», XXXII, 1, 1972.

Russel E.S., *The Behaviour of Animals*, 2ed., Arnold, London 1938.

Sack O., *Il Dottor Hester, la signora Anna e l'elogio della follia*, in «La rivista dei libri», Gennaio 2010, <http://www.larivistadeilibri.it/2010/01/scaks.html>.

Salomone G., Arnone R., *La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin*, in «Giornale italiano di psicopatologia», 15, 2009.

Salvemini B. (a cura di), *Gruppi ed identità sociali nell'Italia di età moderna. Percorsi di ricerca*, Edipuglia, Bari 1998.

Salviani S., *De melancholia et mania morbo et eius curatione*, in Id., *Variarum lectionum de re medica libri tres*, Tipografia Iacobi Tornerij et Bernardini Donangeli, Roma 1588.

Santangelo G., *Il delinquente per tendenza nel nuovo Codice Penale*, in «Annali dell'Ospedale psichiatrico in Perugia policlinico», 25,4, 1931.

Saporito F., Perizia, 1902, Archivio del Manicomio criminale di Aversa, busta Perizie, in De Bernardi A., (a cura di) *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Saporito F., Perizia, 1906, Archivio del Manicomio criminale di Aversa, n. 22, 1906, in De Bernardi A., (a cura di) *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Sartori E., *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo: il caso del Santa Maria della Pietà di Roma*, Edizioni del Faro, Trento 2014.

Sartre J.P., *L'idiote de la famille*, Vol.III, Gallimard, Paris 1988.

Scabia L., *Gli alienati nelle colonie agricole. Esperimenti di colonia autonoma*, Volterra, Tipografia Carnieri.

Scabia L., *La terapia del lavoro nello spedale psichiatrico di Volterra al quale è annessa una sezione di manicomio giudiziario*, in «Rivista di diritto penitenziario», XI, n. 2, 1993.

Scabia L., *Trattato di terapia delle malattie mentali*, Unione Tipografica Editrice, Torino 1900.

Scaglia E., *Manuale per le amministrazioni di beneficenza, ossia la Legge 3 agosto 1862 sulle Opere Pie*, Tipografia Nazionale di G. Biancardi, Torino 1863.

Scanaroli G.B., *De visitatione carcerato rum Libri tres*, in Fornili C.C. (a cura di), *Delinquenti e carcerati a Roma alla metà del '600*, Editrice Pontificia Università Gregoriana, Roma 1991.

Scaramuzza E. (a cura di), *Politica e amicizia. Relazioni, conflitti e differenze di genere (1860-1915)*, FrancoAngeli, Milano 2010.

Scartabellati A., *L'umanità inutile. La questione della follia in Italia tra fine ottocento e inizio novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, FrancoAngeli, Milano 2009.

Schettini L., *La misura del pericolo. Donne recluse nel manicomio giudiziario di Aversa (1931-50)*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», n.2, 2004.

Scott J.W., *Il "genere": un'inutile categoria di analisi storica*, in Di Cori P. (a cura di), *Altre storie. La critica femminista della storia*, Clueb, Bologna 1996.

Scott J., *Fantasy, Echo. History and the Construction of Identity*, in «Critical Inquiry», Winter 2001.

Semenzato M., *La follia dei dannati. Frantz Fanon e la psichiatria, tra potere e dolore, cura e rivoluzione*, Ipc, Milano 2012.

Sepe S., *Amministrazione statale e assistenza: il controllo "sulle opere pie" nel periodo giolittiano*, in «Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione», n.1, 1984.

Serrano Tàrraga M. D., Vázquez González C. (a cura di), «Cuadernos de Política Criminal», 2006 Segunda Época, III (90), disponibile on-line su [www.uned-illesbalears.net](http://www.uned-illesbalears.net).

Sheper-Hughes N., *Il sapere incorporato. Pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofsky R., *L'antropologia culturale oggi*, Maltemi, Roma 2007.

Shorter E., *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'800 a oggi*, Feltrinelli, Milano 1993.

Signorelli A., *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma 2015.

Simeoni P.E., *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle Cartelle Cliniche di Santa Maria della Pietà (1891-1900)*, in AA.VV. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

Simmel G., *Cultura femminile*, trad. it. di Monaldi M., in Simmel G., *La moda e altri saggi di cultura filosofica*, Longanesi, Milano 1985.

Simmel G., *Il relativo e l'assoluto nel problema dei sessi*, trad. it. di Monaldi M., in Simmel G., in *La moda e altri saggi di cultura filosofica*, Longanesi, Milano 1985.

Simoncelli P., *Note sul sistema assistenziale a Roma nel XVI secolo*, in Politi G., Rosa M., Della Peruta F. (a cura di), *Timore e carità: i poveri nell'Italia moderna. Atti del convegno "Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani"*, Ed. Libreria del Convegno, Cremona 1980.

Simone A., *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano 2012.

Sini F., Ortu R. (a cura di), *Scientia iuris e linguaggio nel sistema giuridico romano*, Giuffrè, Milano 2001.

Solfanelli P., *Trattato elementare e pratico di psichiatria*, Torino 1883-1888.

Squillaci A., *Henrik Ibsen*, in «La frusta letteraria», Rivista di critica online.

Stock F., *Il secondo ottocento nella psichiatria italiana attraverso l'Ospedale di S. Maria della Pietà*, in AA.VV. (a cura di) *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al 900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Vol. II, Dedalo, Roma 1994.

Stock F., *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico editore, Roma 1981.

Stock F., *La lunga storia del manicomio*, in Attanasio L. (a cura di), *Fuori norma, la diversità come valore e sapere*, Armando, Roma 2000.

Tagliacozzi B., Pallotta A., *Scene da un manicomio. Storia e storie del santa Maria della Pietà*, Ed. Scientifiche Ma.Gi, Roma 2012.

Tamburini A. , *I manicomi Criminali*, in «Rivista di discipline carcerarie», 1873.

Tamburini A., Ferrari G.C., Antonini G., *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni*, UTET, Torino 1918.

Tamburini A., *L'indirizzo e le finalità della odierna psichiatria*, in «Rivista d'Italia», 1906.

Tamburini A., Seppili G., *Parricidio, fratricidio e tentato matricidio all'età di 16 anni (imbecillità morale con idee fisse impulsive)*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», 1882, 4, 21-75; 3, 208-223.

Tanzi E., *Trattato delle malattie mentali*, Società editrice Libreria, Milano 1905.

Tanzi E., *La legge sui manicomi e gli alienati*, in «Rivista di beneficenza pubblica, Previdenza e Igiene sociale», XXXI, 1903.

Taussig M., *Reification and the Consciousness of the Patient*, in « Social Science and Medicine», 1980, vol. 14b.

Tenon J., *Mémoires sur les hôpitaux de Paris. IV Memoria*, De l'imprimerie de Ph.-D. Pierres, premier impr. ordinaire du Roi, Paris 1788.

Tenon J., *Projet de rapport au nom du comité de secours*, f. 232, , B.N., Imprimerie Nationale, Paris.

Terrier A., *L'histérie et la neurasthénie chez le paysan*, J. Siraudeau Editeur,Angers 1906.

Tuetey A., *L'assistance publique à Paris pendant la revolution*, Vol. IV, tomo III, Imprimerie Nationale, Paris 1789-1791.

Valesio G., *Diario di Roma 1700-1742*, Longanesi, Milano 1979.

Vaughan M., *Madness and Colonialism, Colonialism as Madness: Re-reading Fanon*, in «Paideuma», n. 39, 1993.

Verga A., *Il manicomio e la famiglia*. Parte II, in «Archivio per le malattie nervose», XVI, 1879.

Verga A., *Studi anatomici sul cranio e sull'encefalo psicologici e frenatrici*, Vol.II, Manini-Wiget, Milano 1897.

Viale Prelà B., *Rapporto Statistico del Manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma per gli anni 1861-1862*, Roma 1864.

Villa R., *Il deviante i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, FrancoAngeli, Milano 1985.

Villa R., *Perizie psichiatriche e formazione degli stereotipi dei devianti*, in De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, FrancoAngeli, Milano 1982.

Virgilio G., *Alcoolismo cronico in causa di omicidio*, in «Bollettino della casa di salute Fleurent», XXIII, II-III-IV, 1906.

Vives J. L., *De subventione pauperum*, La Nuova Italia, Firenze 1973.

Viviani A., *Relazione di Alessandro Viviani intorno al Progetto di un piano regolatore definitivo della città di Roma (4 luglio 1873)*, in «Urbanistica», 27, 1959.

Von Bischoff Th. L. W., *Das Gehirngewicht des Menschen*, Bonn 1880.

Von Krafft Ebing R., *Psycopathia Sexualis*, Manfredi Milano 1966 (ed.or., *Psycopathia Sexualis*, Ferdinand Enke, Stuttgart 1886).

Von Krafft Ebing R., *Trattato clinico pratico delle malattie mentali*, Vol. II, Bocca, Torino 1885.

Wolf J.S., *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Laterza, Roma-Bari 1988.

Zacchia P., *Quaestiones médico-legales*, Vol.I, Norimberga, Lochner, 1726.

Zanetti C.F., *Le nevrosi professionali*, Hoepli, Milano 1914.

Zanni Rosiello I., *Archivi e memoria storica*, il Mulino, Bologna 2000.

Zempléni A., *Fra sickness e illness: dalla socializzazione all'individuazione della malattia*, in Beneduce R. (a cura di), *Mente, persona e cultura. Materiali di etnopsicologia*, L'Harmattan Italia, Torino 1999.

Ziino G., *Sulle cause che escludono e diminuiscono l'imputabilità secondo l'ultimo progetto di Codice Penale*, Tipografia Pasquale, Napoli 1874.

Zilboorg G., Henry G. , *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1973.

Zucchi C., *Alcuni riflessi intorno al progetto di legge sugli alienati e sui manicomi*, in «Rendiconti dell'Istituto Lombardo di Scienze e di Lettere», v. 17, anno 1884.