

FOCUS Pubblica utilità o luoghi di esperimento?

La realtà manicomiale

Carmine Caputo

Introduzione

L'obiettivo del presente lavoro è quello di fornire una panoramica quanto più completa su ciò che concerne la realtà manicomiale, attraverso diversi tipi di analisi, al fine di delineare un dettagliato quadro storico, politico, sanitario e culturale del fenomeno.

L'analisi storico – sociopsicologica presente nell'elaborato ripercorre le tappe dello stigma del “folle” (fin dall'antichità infatti follia e diversità sono stati due tra i problemi più ignoti e frequenti nella storia dell'umanità) dal Medioevo sino ai giorni nostri, un ampissimo lasso di tempo in cui ci sono state sempre più interpretazioni in materia; basti pensare al fatto che ora si parla di “malattia mentale”, mentre anni fa il malato mentale era additato dai più come “folle”, vittima della “follia”, cioè di una malattia considerata incurabile.

A seguire l'analisi è svolta da un punto di vista sociale e politico con focus sugli aspetti più bui e celati dei manicomi “goffmanianamente” definiti “istituzioni totali”. In tal senso il lavoro sarà incentrato sulle varie controversie e proteste susseguitesesi negli anni e sulle conseguenti norme in materia, sino ad arrivare alla Legge Basaglia del 1978.

Verrà inoltre approfondita la tematica dell'organizzazione interna dei manicomi, della loro struttura scarna e priva di elementi di disturbo per i degenti, delle pratiche di formazione del personale, senza ovviamente tralasciare condizione, giornata tipo degli internati e soprattutto i “trattamenti speciali” riservati a costoro.

Fiore all'occhiello del presente lavoro è un'intervista ad un'ex infermiera del più grande manicomio d'Italia, quello di Mombello (provincia di Monza e Brianza), che ha lo scopo di raccogliere una testimonianza quanto più diretta, coinvolgente e soprattutto ricca di riferimenti empirici.

1. Cos'è la follia? Disturbo mentale nel Medioevo e nel Rinascimento

Fin dall'antichità la malattia mentale è stato uno tra i problemi più ignoti e ricorrenti nella storia dell'umanità, tant'è che il trattamento riservato alle persone che ne sono affette si è evoluto nel corso del tempo con il modificarsi del tenore di vita e delle società di riferimento, secondo le credenze morali e religiose su cui esse sono fondate.¹

Tuttavia, l'espressione "malattia o disturbo mentale" è stata coniata ben recentemente, al fine di equiparare tale condizione a una qualsiasi malattia fisica; questo perché in origine coloro che erano affetti da tali patologie erano definiti "folli" e "matti". Il loro destino era di andare incontro a condotte stigmatizzanti, ritrovandosi spesso ai margini della società, etichettati come soggetti pericolosi e da tenere alla larga alla stregua di demoni, criminali, streghe...

Follia deriva da "follitatem", termine non presente nei vocabolari classici latini e coniato appositamente in epoca medioevale. Tradotto in italiano, "follitatem" significa "sacco pieno di vento", come ad indicare "qualcuno che ha perso qualcosa" o "qualcuno che è pieno di vuoto".

In epoca medioevale, inoltre, gli "affetti dalla follia", avevano raccolto l'eredità dei lebbrosi e venivano pertanto considerati il capro espiatorio di tutti i mali (carestie, epidemie, siccità).

Per parlare di tale tematica bisogna tenere bene in considerazione una delle componenti fondamentali di ogni periodo storico, ovvero la religione. Il folle, infatti, rappresentava tutto ciò che vi era di sbagliato nella concezione della giustizia e della bontà umana; egli veniva considerato come un essere irrazionale e irragionevole, figura portante dei vizi, lussuria e difetti del genere umano, elementi questi che non potevano essere minimamente tollerati dalla religione. Sempre in contrapposizione alla religione, il folle era visto come detentore di verità nascoste all'uomo comune, perciò egli era spesso associato a figure misteriose quali stregone, strega o mago.

A causa dei suddetti motivi, e soprattutto per salvaguardare l'integrità e la sicurezza dei cittadini, i folli in epoca medioevale non avevano vita semplice ed erano sempre oggetto di scherno e di esclusione.

¹ M. Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Rizzoli, Milano 1997.

Ogni popolo cercava in tutti i modi di liberarsi dei propri folli, cacciandoli dalla città verso le campagne. Una volta giunti a destinazione, divenivano vittime dell'incuranza l'unico status sociale a cui questi potevano aspirare era il vagabondaggio.

Ovviamente ogni cittadina aveva i suoi riti, chi più e chi meno spietati, alcune usanze infatti prevedevano la purificazione prima ancora dell'espulsione del folle; quest'ultimo veniva flagellato pubblicamente, successivamente veniva inseguito dai cittadini per le vie di tutta la città per esser infine cacciato definitivamente.

Oltre ad essere esiliati verso le campagne, spesso i folli venivano imbarcati su vere e proprie navi con destinazioni ignote, verso luoghi inospitali e misteriosi, per far sì che questi non potessero più ritornare presso la propria città di origine.

In quest'ultimo caso, il fatto stesso di essere imbarcati richiama un altro elemento cardine della tradizione religiosa cristiana, ovvero l'acqua², da sempre simbolo di purificazione dell'uomo, di estirpazione di tutti i mali e soprattutto del peccato originale.

Al netto di ciò, si può affermare che in epoca medioevale la follia non era considerata né come una malattia né tantomeno come un vero e proprio fenomeno sociale. I folli erano considerati come uomini comuni che eccedevano nei loro comportamenti e nel loro stile di vita.

Secondo la visione cristiana, invece, lo status di folle era da ricercare nella bontà di Dio, che poteva premiare o punire l'uomo.

Anche in epoca rinascimentale non si fece nessun passo in avanti e le condizioni dei folli rimasero pressoché invariate. Si preferiva purificare "le streghe" con le fiamme piuttosto che con interventi clinici mirati. Tuttavia, è in questo periodo che ebbero origine le prime opposizioni alle pratiche estremiste in vigore. Il merito va ad alcuni grandi nomi della medicina del tempo, che iniziarono a suggerire nuove proposte in contrasto alle vecchie tendenze; per costoro le origini della follia discernevano anche su un piano clinico-naturale e non esclusivamente magico, religioso, demoniaco³.

Non solo nel Rinascimento, ma anche nel Seicento furono elusi significativi traguardi rispetto al secolo precedente. Una delle po-

² Ivi.

³ Ivi.

che conquiste fu il ridimensionamento dei roghi per le streghe e per gli indemoniati. D'altro canto, si iniziava a vedere il malato mentale come un essere asociale, costretto di conseguenza ad isolamento fisico; tant'è che nei regimi assolutistici del Seicento molti sovrani fecero erigere degli edifici ad hoc in cui internare i folli. In realtà in questi istituti venivano rinchiusi tutte quelle categorie di soggetti che all'epoca rappresentavano un potenziale pericolo per la società: poveri, omosessuali, criminali e coloro che non sottostavano alla volontà della Chiesa. Il trattamento più duro veniva riservato ai malati mentali, i quali spesso erano confinati in reparti speciali, o nella peggiore delle ipotesi venivano incatenati e lasciati a sé stessi, in condizioni pietose e senza controlli medici di sorta.

Con il passar del tempo il destino del folle si associa sempre più a quello del criminale e del povero. Da tenere presente che nel Settecento le città e i vari organi di potere stavano iniziando a organizzare le prime forme di società moderna: nello stesso tempo stava prendendo sempre più piede il problema di tutti coloro che rappresentavano una minaccia alla quiete pubblica e all'ordine prestabilito.

Le maggiori città iniziano di conseguenza ad attrezzarsi per avere luoghi di ricovero in cui segregare le potenziali minacce. Oltre alle carceri, infatti, vengono edificati dei veri e propri "istituti di segregazione". Tali istituti, in teoria, vengono chiamati "ospedali", ma in pratica non avevano nulla a che vedere con i moderni istituti sanitari; per i malati mentali tali luoghi fungevano essenzialmente come strutture di reclusione, in cui ricevevano assistenza, ma anche e soprattutto punizioni e ordini; ad aggravare la loro situazione erano le condizioni igieniche fin troppo precarie.

Tuttavia, si tenga ben presente che non è da tali luoghi che prende piede l'istituzione del manicomio. Ci troviamo ancora nel Settecento e dovrà passare almeno un altro secolo prima di poter iniziare a parlare di veri e propri manicomi.

1.1. L'Ottocento e la nascita del manicomio

Le teorie illuministe iniziavano presto a diffondersi in Europa, portando una grande ondata di valori e ideali di libertà e uguaglianza, ai quali si aggiungevano il riconoscimento dei diritti sociali, politici e civili dopo la prima Rivoluzione francese. Si assistette alla prima ondata

di Rivoluzione industriale e il sistema feudale fu contemporaneamente smantellato⁴. La sua fine e la contemporanea decadenza della gestione in comunità dei terreni che dava lavoro e profitto a moltissime famiglie provocarono ingenti difficoltà: crebbe, infatti, la disoccupazione e di conseguenza aumentò anche il numero di poveri e mendicanti che vivevano per strada. La soluzione a tale situazione sembrava sempre l'internamento negli istituti di segregazione, ma questi ultimi iniziavano ad esser visti dall'opinione pubblica sotto una luce diversa, come luoghi talmente insani e degradati da emanare pestilenze e malattie.

Con le idee illuministe e la modernità si iniziava a fare una prima distinzione tra poveri adatti al lavoro e tra poveri inadatti e malati; la condizione del folle, pertanto, veniva distinta da quella del povero e del criminale e si cominciava perciò a pensare a un trattamento in termini esclusivamente medici.

Contemporaneamente si stava diffondendo il diritto alla salute per i malati e il diritto all'assistenza verso i più bisognosi: la società aveva quindi il dovere di prestare soccorso alle suddette categorie, dovere che avrebbe avuto natura morale e non derivante da normative giuridiche. Le "istituzioni di segregamento" iniziarono a poco a poco a svuotarsi, tanto che gli unici che vi restarono furono i folli.

Così, mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a sfuggire all'internamento, la sola follia vi resta, ultimo relitto, estrema testimonianza di questa pratica che fu essenziale al mondo classico, ma il cui senso ci appare ora misterioso. E per la prima volta, nel mondo cristiano, la malattia si trova isolata dalla povertà e da tutte le figure della miseria. La follia è già liberata, nel senso che è staccata dalle vecchie forme di esperienza in cui era irretita. Staccata però non per intervento della filantropia, né per il riconoscimento scientifico e infine positivo della sua propria verità, ma per tutto il lento lavoro che si è svolto nelle strutture più sotterranee dell'esperienza. Non c'è stata una nuova acquisizione di nozioni; ma una scoperta, se si vuole, nella misura in cui, grazie a una distanza presa, si è sentita di nuovo la sua presenza inquietante⁵.

Tuttavia, queste misure di assistenza verso bisognosi, malati e poveri non riguardavano i folli, ancora considerati elementi di pericolosità

⁴ R. D'Alessandro, *Lo specchio rimosso. Individuo, società, follia, da Goffman a Basaglia*, Franco Angeli, Milano 2008.

⁵ Ivi, pp. 252-253.

sociale. Ci si interrogava, infatti, sulla minaccia che costoro potevano arrecare alla comunità se messi in condizione di libertà. Per l'ennesima volta l'unica soluzione era l'internamento, anche se con l'evolversi dello scenario medico mondiale e con l'avvenire della modernità iniziò un lento processo di fusione tra internamento e necessità di cure anche per i folli: ciò porterà alla nascita dei manicomi.

La prima grande novità per il malato mentale consisteva nel miglioramento della propria condizione di internato, ora non più trattenuto in maniera definitiva, né detentiva, a meno che i possibili trattamenti, figli di quell'epoca, non avessero dato esito positivo. Nel caso in cui il trattamento avesse portato dei significativi miglioramenti, l'individuo avrebbe potuto far ritorno presso la sua dimora.

Un altro passo da gigante consistette nel fatto che ai folli provenienti dalle famiglie più povere delle società venne dato il privilegio di essere curati con tutti gli strumenti a cui finora avevano potuto accedere soltanto i "folli più fortunati", provenienti da famiglie di alto rango. Ovviamente tutte le suddette misure potevano essere usate solo e soltanto se il grado di malattia fosse dichiarato ancora curabile: nel momento in cui il soggetto esaminato non avesse soddisfatto tali requisiti sarebbe ritornato alla sua condizione primordiale di repressione ed esclusione. Nel caso in cui il trattamento avesse portato dei significativi miglioramenti, invece, l'individuo avrebbe potuto far ritorno presso la sua dimora.

È proprio da questo momento in poi che gli istituti di segregazione verranno chiamati manicomi, luoghi che mantenevano comunque un aspetto di esclusione (sempre per preservare la sicurezza dei cittadini che non potevano e non dovevano essere messi in pericolo), ma che avevano come scopo ultimo la cura e la guarigione degli ospiti.

Finalmente iniziarono i primi veri studi sul progredire della pazzia, sulle possibili cure e sui diversi comportamenti del folle, basati sul confronto tra le menti mediche illustri del tempo.

Nel 1792, a Bicêtre (Parigi), lo psichiatra francese Philippe Pinel "liberò gli alienati dalle catene"⁶. È a lui che viene ricondotta la na-

⁶ E. Padovani, *Pinel e il rinnovamento dell'assistenza degli alienati*, in A.a. V.v., *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. Bollettino del manicomio di Ferrara*, S.A. Industrie Grafiche, Ferrara 1927.

scita del manicomio e soprattutto una nuova concezione del folle, visto non più come tale ma come “malato mentale” vero e proprio. Con lui anche tecniche e trattamenti finalmente non erano più legate a credenze imposte dalla religione o a principi o pregiudizi filosofici. Pinel decanta infatti la prevalenza di pratiche mediche basate sulla psichiatria e pone particolarmente l’accento sulla ricerca scientifica ed empirica. Egli sostiene che per curare un paziente sia necessario avere a disposizione un luogo ben organizzato e funzionale, lontano da stimoli e influenze provenienti dall’esterno delle mura.

Gli ospiti dei manicomi non potevano avere contatti con l’esterno, ma all’interno di tali istituzioni essi potevano esprimere liberamente i propri impulsi.

Pinel afferma che un malato mentale può esser curato attraverso la pedagogia, dando una nuova personalità ben più salda a colui che sia affetto da problemi psichici. Il ruolo previsto per il medico è quello dell’“educatore”, il quale deve avere nei confronti del malato un rapporto simile a quello che vi è tra un bambino ed un adulto, al fine di conoscere approfonditamente il caso e studiarne tutto ciò che concerne la sfera psico-fisica del malato stesso. Il noto psichiatra considerava, quindi, fondamentale affrontare la condizione dei suoi pazienti attraverso colloqui quotidiani, usando un approccio umano e, insieme, morale⁷.

A tal proposito possiamo citare un noto psichiatra italiano, Giovanni Jervis, il quale, sostenendo la tesi di Pinel, afferma: “secondo queste nuove idee si trattava in sostanza di far assorbire più fiduciosamente ai malati di mente una personale autodisciplina e autorepressione; anche a loro si poteva insegnare la comprensione delle regole democratiche, l’assimilazione disciplinata della tolleranza reciproca, lo sviluppo della civile bontà, senza passare attraverso il terrore, l’umiliazione e la violenza”⁸.

Tuttavia, lo psichiatra francese alternava un approccio umano a uno più severo, mediante l’utilizzo di docce fredde, punizioni e periodi di isolamento.

⁷ Ivi.

⁸ G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 45. F. Basaglia, *Dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino 1982.

Grazie al contributo dello psichiatra francese, i manicomi iniziano ad essere disciplinati dalle prime leggi in materia, iniziando dal governo francese che dichiara, nel 1838, la necessità – per tutti i dipartimenti territoriali – di dotarsi di un manicomio pubblico.

Nel diciannovesimo secolo si diffusero in tutta l'Europa strutture manicomiali, cioè istituzioni ormai unicamente riservate ai malati mentali. Anche la struttura stessa veniva eretta secondo disposizioni precise per il trattamento della “pazzia”; nei manicomi, infatti, non doveva esser presente alcun elemento di disturbo e dovevano essere previsti spazi appositi in cui gli internati potessero svolgere le proprie mansioni giornaliere in silenzio e in isolamento.

1.2. Manicomio come istituzione totale

Cos'è un manicomio? La risposta dal punto di vista sociologico ci è fornita dal saggio *Asylums*⁹, un classico della letteratura sui rischi delle istituzioni totali. Autore dell'opera è il noto sociologo canadese Erving Goffman, pietra miliare in materia, il quale definisce il manicomio come un'“istituzione totale”. Viene pertanto da chiederci, cosa sia un'“istituzione totale”.

Semplicemente, diremmo che un'istituzione totale potrebbe esser definita come una struttura chiusa in cui coloro che vi entrano perdono diritti e doveri, e sono costretti a sottostare, non potendo più avere contatti con la realtà esterna, a un'autorità ben definita.

Goffman sostiene che “un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato”¹⁰. Sono molteplici gli esempi di luoghi ai quali Goffman attribuisce l'appellativo di istituzioni totali:

- luoghi atti alla preparazione religiosa come monasteri e abbazie;
- istituzioni militaresche come navi e campi di addestramento;
- istituzioni atte a proteggere la comunità da individui realmente pericolosi come carceri o campi di concentramento;

⁹ E. Goffman, *Asylums: le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968.

¹⁰ Ivi.

- luoghi adeguati a tutelare e tutelarsi da coloro che, essendo incapaci di badare a sé stessi, rappresentano un potenziale pericolo, anche se non intenzionale, per la comunità, come ospedali psichiatrici e manicomi.

Nei manicomi, come in tutte le istituzioni totali, gli aspetti della vita si svolgono in un solo luogo e sotto la stessa autorità; qui, coloro che ne fanno parte sono obbligati a fare le stesse cose secondo una predefinita routine.

All'interno della suddetta istituzione bisogna necessariamente distinguere i due attori che ve ne fanno parte, da un lato vi è lo staff di riferimento (coloro che vi lavorano e controllano), presente sia dentro che fuori l'istituzione e pertanto integrato anche nella vita sociale esterna, dall'altro vi sono gli internati o i degenti (coloro che sono controllati in ogni aspetto della vita), sottoposti e obbligati a lavorare senza orari prestabiliti per evitare punizioni¹¹.

Lo staff inoltre aveva come scopo principale quello di sorvegliare e manipolare tutte le azioni compiute dagli internati, a cominciare dai rapporti e dai bisogni che essi avevano quotidianamente, sia nella gestione fisica che in quella del pensiero.

Scopo ultimo dell'istituzione totale è plasmare coloro si trovano al proprio interno attraverso regole e compiti prestabiliti. Le procedure, tutte standardizzate, prevedevano un sistema di angherie e punizioni, impartite sui malcapitati fino a quando costoro non avessero acquisito una nuova immagine di se stessi.

Il sociologo canadese si sofferma molto su quella che è chiamata "carriera morale del malato mentale", ovvero quel processo mediante cui l'istituzione promuove uno schiacciamento del Sé dell'internato fino alla completa "istituzionalizzazione" del degente stesso. La carriera morale dell'internato porterà ovviamente a un processo stigmatizzante e a un suo conseguente "etichettamento" da parte della società. ("teoria secondo la quale la devianza è il risultato di come gli altri interpretano un comportamento, così che gli individui etichettati come devianti spesso interiorizzano questo giudizio, finendo per farne una parte della loro identità"¹²).

¹¹ Ivi.

¹² P.S. Williams, M.D. McShane, *Devianza e criminalità*, il Mulino, Bologna 2002.

“La soglia del reclusorio è più tagliente del più affilato rasoio”¹³. È proprio questo il momento peggiore nella vita di un neo-internato, il quale subisce un vero e proprio “inghiottimento” in una realtà a lui estranea e fortemente totalizzante.

Dicasi, questo, il “momento peggiore” poiché l’individuo sarà costretto ad abbandonare il suo lavoro, la sua abitazione, i suoi cari e soprattutto comportamenti e abitudini che aveva nell’ormai passata realtà esterna.

In questa fase, il soggetto inizia a prender coscienza del fatto che dovrà accettare un nuovo “status” modificando il proprio sé ed entrando a far parte di un gruppo subordinato.

Alcune volte, soprattutto per chi entra in una qualsiasi istituzione totale per la prima volta, ci potrebbe essere un rifiuto ad accettare i dogmi e le regole di tale ambiente.

In questo caso, si creano nel neo-internato meccanismi di difesa che lo portano a isolarsi dall’ambiente circostante e a rifiutare la “modifica del sé”; tuttavia, la maggior parte delle volte, cercare di sottrarsi a questo nuovo ambiente risulta impossibile, data la forza totalizzante dell’istituzione.

All’interno delle varie istituzioni totali, capita spesso che l’individuo non sia in grado di identificarsi con essa. In tali casi negli internati potrebbero verificarsi ciò che Goffman definisce in gergo “adattamenti secondari”, cioè “comportamenti istintuali atti ad ottenere una soddisfazione proibita dal sistema interno e dalla natura vagamente sovversiva”¹⁴.

Il sociologo canadese ne elenca diversi:

- il ritiro dalla situazione: regressione della partecipazione attiva dell’internato alla sola soddisfazione dei bisogni primari;
- la linea intransigente: vi è un rifiuto di cooperazione con lo staff da parte dell’internato. Costui sfida intenzionalmente l’istituzione rifiutando di cooperare. Ne risulta un’intolleranza verso l’istituzione stessa e un conseguente alto spirito individualistico. Tuttavia, la scelta di continuare a rifiutare l’istituzione totale richiede un tasso

¹³ R. Curcio, N. Valentino, S. Petrelli, *Nel bosco di Bistorco*, Sensibili alle foglie, Roma 1997.

¹⁴ E. Goffman, *op. cit.*

- di interesse nei confronti della sua organizzazione, generando un perenne e profondo coinvolgimento;
- la colonizzazione: processo nel quale vi è una realtà vissuta diversamente da parte dell'internato e percepita come se si trattasse di tutta la realtà; viene cioè a costruirsi un'esistenza stabile e relativamente felice, basata sul massimo delle soddisfazioni che l'istituzione può offrire;
 - la conversione: situazione in cui l'internato sembra assumere su di sé il giudizio che in genere lo staff ha di lui e tenta di recitare alla perfezione il proprio ruolo. A differenza dell'internato “colonizzato”, il quale vive in mondo tutto suo, per quanto più possibile libero attraverso i pochi vantaggi possibili, “l'internato ‘convertito’ ha una condotta più disciplinata e moralistica, si presenta infatti allo staff e all'autorità come totalmente disponibile e integrato, rivelando il proprio entusiasmo per far parte dell'istituzione”¹⁵.

2. Intervista ad un'ex infermiera del manicomio di Mombello

Per i più, quando si parla di manicomi, sembra di parlare di qualcosa di molto remoto, ormai passato, eppure soltanto qualche decennio fa tali strutture erano ancora in attività in tutta la penisola italiana.

Chi non ha mai avuto a che fare con un manicomio può soltanto immaginare ciò che ivi accadeva, anche e soprattutto a causa di opere cinematografiche o romanzi: camicie di forza, catene, finestre con grandi sbarre, classiche vestaglie bianche e chi più ne ha più ne metta.

In realtà, cosa accadeva davvero ai pazienti lasciati ai margini della società ed isolati in queste strutture di cura e/o di internamento, il più delle volte forzato?

Questo paragrafo dell'elaborato sarà interamente incentrato su un'intervista ad un'ex infermiera della sezione femminile del manicomio di Mombello, con la quale il sottoscritto ha avuto l'opportunità di dialogare su sensazioni ed episodi realmente accaduti durante lo svolgimento della sua professione. Per rispetto della privacy non sarà rivelata l'identità dell'intervistata.

¹⁵ Ivi.

Per quanto tempo ha lavorato nel manicomio di Mombello?

“Non ricordo precisamente l’anno in cui presi servizio nel manicomio di Mombello, ma so che ci ho lavorato per più di trenta anni, se non vado errata credo di averci lavorato per 34 anni.”

Le piaceva il suo lavoro?

“Sì, mi piaceva molto lavorare come infermiera in quella struttura. La mia missione era di prestare soccorso a chi ne aveva bisogno. Anche le colleghe mi hanno fatto apprezzare i lati positivi del mio lavoro.”

Cosa le piaceva del suo lavoro?

“Tutto, mi piaceva tutto.”

Com’era il manicomio nel momento in cui lei ha preso servizio per la prima volta?

“Scioccante.”

In che senso “scioccante”?

“Nel senso che vidi tutta questa gente con evidenti problemi in un ambiente non comune e ci sono rimasta male. Non ‘male’ ma, come dirti, sono rimasta davvero scioccata. Vedevo gente che se la faceva addosso, gente sdraiata a terra, gente che gridava. Non tutti coloro che come me sono entrati in queste strutture hanno proseguito la loro professione, perché l’impatto con questo mondo diverso, ripeto, è scioccante.”

Cos’è che la scioccava tanto?

“Mi scioccavano gli ammalati prima di tutto, perché dovevano essere contenuti, non tutti potevano girare liberamente, molti si accasciavano a terra, litigavano tra loro. Il primo giorno è stato quello più scioccante per me, così come credo che lo sia stato per tutti. Già dal secondo giorno in poi ho iniziato ad immergermi in questo nuovo mondo.”

C’era solidarietà tra infermieri sul lavoro? Vi aiutavate tra di voi?

“Non tutte eravamo complici tra di noi, ma nella mia squadra abbiamo fin dal principio provato ad aiutarci. Altre squadre invece litigavano tra loro, ma ripeto, nella mia squadra c’era molta solidarietà, ci aiutavamo.”

Con quanti pazienti avete avuto a che fare?

“Tantissimi, non ricordo precisamente il numero, ma nel mio padiglione c’erano almeno quattrocento pazienti. Erano troppi, ricordo che a volte molti dormivano addirittura nei corridoi, sempre sotto stretta sorveglianza, non potevano essere mai lasciati da soli.”

Potrebbe raccontarci la giornata tipo di un infermiere?

“In realtà non c’era una giornata tipica. Tutto dipendeva dal compito che ti veniva assegnato. Ad esempio, quando venivo assegnata in infermeria, avevo a che fare con le allettate e la prima cosa che dovevo fare era lavare e cambiare le pazienti. Successivamente c’era il momento della colazione e bisognava imboccare le pazienti e fare di tutto per loro, tipo evitare che si sporcassero; nel caso dovevo pulirle o cambiarle nuovamente.

Dovevamo rifare i letti, e se questi erano sporchi dovevamo cambiare le lenzuola. Ricordo che, a rotazione, le pazienti avevano diritto a 2 o 3 bagni, e toccava a noi infermiere lavarle e rivestirle. Finito ciò, dovevamo somministrare le terapie prescritte dai medici ad ogni paziente.

Poi si pranzava: dovevamo tenere in posizione eretta le pazienti allettate che non riuscivano a sostenersi in maniera autonoma, dovevamo mettere i bavagli, le imboccavamo e le sistemavamo. Dopo pranzo dovevamo nuovamente somministrare la terapia.

Nel pomeriggio si faceva la merenda, dovevamo frullare la frutta per le nostre pazienti e fargliela mangiare. Soltanto le allettate avevano diritto alla merenda, le altre no. Queste ricevevano la merenda soltanto quando qualcuno dei loro parenti veniva a portarci un tegamino con su scritto il nome della propria cara. In questo caso anche la fortunata poteva fare merenda.

Nel corso di tutta la giornata dovevamo far fare i bagni alle pazienti. Arrivava la cena e si ricominciava da capo.

Quando facevo il turno di notte dovevo mettere a letto le pazienti, e se qualcuna di loro aveva fatto il bagno dovevo prima asciugarla. Quando erano tutte a letto noi infermiere dovevamo controllare che tutto fosse tranquillo, ma non era mai così. C’era sempre qualcuna che aveva bisogno di assistenza, qualcuna che urlava o che si agitava. Dovevamo calmarle e farle bere acqua. Facevamo sempre il giro di tutti i letti insieme alla suora, se una paziente non era a letto bisogna-

va andare a cercarla, anche se era andata in bagno, perché dovevano essere al proprio posto, come i carcerati. Alle 4 del mattino dovevamo iniziare a cambiarle di nuovo, fino alle 7 del mattino, quando ci davano il cambio turno.

Quando invece non avevo servizio in infermeria il mio compito era di rendere presentabili le pazienti, dovevamo tagliarle i capelli, tagliare le unghie di mani e piedi, dovevamo fare davvero di tutto.

Un altro giorno ci toccava lavare i piatti, un altro giorno dovevamo pensare al bucato, ogni giorno era diverso, non avevamo sempre lo stesso lavoro.

Ricordo che non potevamo lavare i capelli a tutte tutti i giorni, c'erano dei turni. Usavamo la pettinina per pettinarle, il problema era quando c'erano i pidocchi e dovevamo spidocchiarle.

Le pazienti potevano entrare nel soggiorno comune soltanto quando si pranzava e quando si cenava, quelle più tranquille potevano passeggiare per i corridoi o stare sedute in giardino. Queste più tranquille ci aiutavano anche a sparecchiare, portavano i piatti e le posate nel lavandino. Dovevamo lavare tutti i piatti a mano perché prima non c'erano le lavastoviglie.

Ricordo che c'erano pazienti che dovevano andare in chiesa e dovevamo accompagnarle. Le facevamo uscire una per volta e le contavamo, arrivati in chiesa dovevamo contarle nuovamente, perché se qualcuna scappava dovevi andare a cercarla. Finita la messa le accompagnavamo di nuovo nel dormitorio e dovevamo contarle, se mancava qualcuno ovviamente dovevamo andare sempre a cercarla.

Quando le pazienti avevano bisogno di un intervento dovevamo accompagnarle dal chirurgo.

Una volta non c'erano le siringhe usa e getta, bisognava sempre lavarle, sterilizzarle e asciugarle. Queste siringhe erano di varie dimensioni.”

Ci potrebbe raccontare un episodio particolare di qualche paziente che le è rimasto impresso?

“Sì, di una soprattutto. Lei era una ragazza molto giovane, ma soprattutto molto agitata. Era minuta, ma ci sono volute sette di noi per fermarla, era il diavolo in persona. L'abbiamo presa e legata a letto perché era fuori di senno, ma lei nonostante fosse legata mani e piedi riusciva comunque a spostare il letto.

Tutte le altre sono uscite dalla stanza a prendere qualcosa, io invece rimasi lì con lei. La ragazza mi chiamò per nome e mi chiese: “dimmi, io che male ho fatto per stare qui così?”. Ci sono rimasta male, e mi è venuto da chiedermi cosa effettivamente avesse fatto di male questa ragazza per trovarsi lì in queste condizioni. La poverina era schizofrenica, aveva sì dei momenti di lucidità, ma era spesso imprevedibile.

Ricordo che un giorno ero lì chi mi stavo lavando le mani insieme ad una mia collega e la ragazza è entrata di nascosto. Né io, né la mia collega l’abbiamo sentita né vista arrivare. Ad un tratto mi è arrivato uno schiaffo così forte che io sono rimasta inerme. La mia collega ha iniziato ad urlare e per fortuna sono arrivate altre due colleghe. Abbiamo dovuto immobilizzarla, era una persona imprevedibile, non soltanto con me, ma proprio con tutti e tutte.

È stata l’unica paziente che ha “battezzato” sia noi infermiere che i medici e i professori che lavoravano con noi. Nessun’altra si era mai permessa di picchiare un medico o un professore perché ne avevano timore, ma lei sì, per lei eravamo tutti uguali, non aveva paura di nessuno. Non dava solo ceffoni, ma anche calci e pugni, e quando provavamo a fermarla si dimenava come se fosse il diavolo in persona. Anche quando arrivavano gli uomini facevano fatica a tenerla, e ripeto, lei era minuta.

Un’altra volta, sempre lei è andata di corpo nel letto. Io e un’altra mia collega siamo andate lì per pulirla. Lei era sotto le coperte, e appena tirato su il lenzuolo la ragazza aveva le sue feci in mano e nel mentre diceva: “queste sono per mio figlio”. Non vi dico le lotte che abbiamo fatto per farla alzare, lavarla e pulire il suo letto.

Questa ragazza mi faceva tanta pena, parlava sempre di bambini. Si vociferava che suo padre fosse un alcolista e che una sera, in preda ai fiumi dell’alcool l’avesse violentata e messa incinta. Ma questo è ciò che si vociferava, non era scritto nella sua cartella quando è arrivata nella nostra struttura. Forse però non tutto veniva scritto nelle cartelle delle pazienti.

Ricordo che sua zia le voleva un bene da matti, veniva a trovarla proprio tutte le domeniche. La ragazza si lasciava molto andare con sua zia, era calma e tranquilla con lei.

Un’altra storia che non dimenticherò mai riguarda un’altra ragazza che non era una “sciagurata”, nel senso che non si lasciava andare alla

violenza, né era incline all'ignoranza. Era una ragazza abbastanza fine e tranquilla. Le piaceva leggere tanti libri nella biblioteca presente nella struttura.

Un giorno, mentre io e le mie colleghe stavamo rifacendo i letti al piano di su, non ci siamo accorte che nella nostra stanza era entrata questa ragazza. Lei si era nascosta e si è buttata giù dalla finestra ed è morta. Ci siamo accorte di lei soltanto perché mentre si è buttata giù si è messa a gridare.

Non sappiamo come la ragazza abbia fatto a salire su, perché era sempre tutto chiuso, sia la porta al piano inferiore sia quella del piano superiore. Anche per aprire le finestre bisognava salire su uno sgabello, perché le finestre erano alte, e soprattutto non c'erano maniglie, noi infermiere avevamo un passe-partout, forse potrebbe esserci stata una dimenticanza tra qualcuna di noi.”

Ha mai avuto timore di qualche paziente?

“Ce ne erano tanti che potevano metterti paura, dovevi stare attenta anche a come ti giravi, dovevi tener d'occhio tutta la situazione. C'erano anche quelli che non facevano niente, di loro non c'era da preoccuparsi, ma molti erano quelli potenzialmente pericolosi. Ho iniziato ad avere un po' più di timore quando da noi sono arrivati pazienti uomini, temevo che potessero alzarmi le mani e farmi del male.”

Ha mai percepito come un'ingiustizia la permanenza di una paziente nel vostro manicomio?

“Ricordo che c'era un bel po' di via vai, molto spesso arrivavano da noi persone che non avevano malattie mentali, ma semplicemente avevano il vizio di bere o praticavano prostituzione. Questi arrivavano, e dopo qualche giorno venivano dimessi, ma per alcuni di loro tutto ciò era diventata un'abitudine, spesso tornavano da noi dopo due o tre giorni.

Ricordo in particolare di una paziente che è stata portata da noi e nessuno più è venuta a trovarla o a riprenderla. A quanto pare aveva una figlia, anche lei epilettica e ricoverata a Bergamo. Questa donna forse era più in forma di me, non assumeva farmaci, era pulitissima, ci aiutava a lavare la biancheria, si dava da fare per aiutarci. Noi le offrivamo sempre qualcosa, ad esempio quando andavano a fare il caffè

gliene porgevamo sempre una tazza. Non l'ho mai vista fuori di sé, non l'ho mai vista sporca. Era sempre pulita e a modo.

C'era anche un'altra paziente che secondo me non doveva restare nella nostra struttura. Lei beveva, era un'alcolista; anch'essa, come l'altra donna, aveva una figlia epilettica ricoverata nella nostra struttura. L'indomani, smaltita la sbornia, la donna fu dimessa, mentre la figlia rimase lì. Ricordo che questa donna pur di star vicino alla figlia è andata ad un bar lì vicino, si è ubriacata di nuovo. Sono andati a prenderla e così lei è rimasta ancora lì con sua figlia, pur di non perderla. Lei si prendeva molta cura di sua figlia, la pettinava, la teneva sottobraccio.

Altre due donne, sempre madre e figlia, erano matte tutte e due. La mamma era una prostituta. La figlia invece aveva preso la sifilide. Erano state portate nella nostra struttura, ma le due non avevano un buon rapporto ed erano sempre messe in stanze diverse. Appena si incrociavano, anche per sbaglio, iniziavano a litigare e si 'attaccavano' tra di loro. Loro non erano pazze, ma spesso ci capitava di accogliere nella nostra struttura anche prostitute e alcolisti."

Come venivano definiti i vostri ospiti? Li chiamavate per nome?

"In generale noi li chiamavamo 'pazienti' o 'ammalati'. Singolarmente invece li chiamavamo con il loro cognome."

Al di là della legge Basaglia, si era già resa conto che alcuni metodi, come l'elettroshock, potessero essere deleteri per i pazienti?

"In realtà no, non credo. Non so se da noi dopo la legge Basaglia veniva praticato ancora l'elettroshock, forse lo si faceva in altri ospedali, forse lo facevano anche dopo la legge Basaglia. Io personalmente non l'ho mai visto fare, ho portato i malati in sale d'osservazione dove c'era la macchina per fare l'elettroshock ma non vi ho mai assistito in prima persona. Però, come dire, secondo me era sì un male per i pazienti, però forse era un bene perché scuoteva i pazienti, soprattutto coloro che magari non volevano mangiare o non volevano fare nulla. Ad esempio, le pazienti depresse che rifiutavano ogni tipo di terapia e cibo erano coloro che venivano sottoposte ad elettroshock. Dopo questa terapia noi infermiere vedevamo la paziente molto più sveglia, iniziava a mangiare, seguiva la terapia. In questo tipo di persone de-

presse il risultato si vedeva, non era chissà che cosa, ma il risultato c'era perché, ripeto, prima dell'elettroshock la paziente non voleva toccare cibo o seguire la terapia, dopo invece sì.”

È rimasta in contatto con qualche paziente dopo la chiusura della struttura?

“No, non sono rimasta in contatto con nessuna delle mie pazienti, non ho più visto nessuna di loro.”

Quanto la sua esperienza professionale ha influito sulla sua vita privata?

“Per niente, sono sempre riuscita a tenere fuori il mio lavoro dalla mia vita privata, ho sempre separato le due cose. Uscivo da Mombello e sapevo di tornare a casa, così mettevo da parte tutto ciò che mi capitava durante il giorno. Mentre, quando uscivo di casa per andare a Mombello, il lavoro era la prima cosa, e pensavo solo a quello.”

Qualcuno è mai guarito totalmente dalla propria malattia mentale?

“Negli anni in cui ho lavorato io non ho mai visto nessuno guarire dalla propria malattia. Quelli più tranquilli a volte entravano e uscivano, ma in ogni caso rientravano sempre in struttura, nessuno è mai uscito definitivamente, almeno per quello che ne so.”

Tornando indietro nel tempo, sceglierebbe nuovamente di lavorare nel manicomio di Mombello?

“Sì, assolutamente, anche se era pesante, e ogni tanto ho preso le botte, tornerei sicuramente a lavorare lì. Mi sentivo in dovere di aiutare le persone che, non per colpa loro, erano più sfortunate di me.”

2.1. Trattamento degli internati

Ci troviamo sicuramente di fronte all'aspetto più avvolto di mistero, tetro e cupo di tutta la storia manicomiale. Tutto ciò che ci è dato sapere è stato portato alla luce dal personale che ivi lavorava e dagli archivi storici degli ormai ex manicomi, fonte preziosa di informazioni.

Da questi ultimi è emerso che le terapie praticate sui pazienti fossero fin troppo spesso “sperimentali”, come se le strutture manicomiali fungessero da laboratori e i pazienti da cavie per esperimenti ai limiti

dell'umanità (lobotomia, doccia fredda, elettroshock, apparecchi immobilizzatori come camicie di forza).

In origine i trattamenti sembravano essere i più disparati, quasi prescritti a caso da chi di competenza, tant'è che Elaine Murphy, membro della Camera dei Lord britannica, denominerà questa procedura “metodo culinario”: «un pizzico di questo, una goccia di quello, una piccola dose di tartrato di antimonio, canfora, giusquiamo, morfina, lozioni rinfrescanti per la testa, vescicanti sulla nuca, ma con moderazione un po' di canapa indiana»¹⁶.

Ovviamente tutto ciò non poteva avere alcun effetto e gli esiti si rivelavano sempre dubbi e inefficaci, tanto che ai metodi “sperimentali” si affiancavano sempre altri trattamenti ritenuti validi per riportare alla normalità le condizioni dei pazienti. Tali soluzioni prevedevano delle misure di contenimento estreme, come ad esempio l'isolamento per un periodo non specificato e l'idroterapia, ma anche una pratica abbastanza innovativa per l'epoca: l'ergoterapia.

Per quanto riguarda l'isolamento (collocazione di un paziente da solo, contro la sua volontà, in una stanza chiusa a chiave), Esquirol, psichiatria e scienziato francese, sosteneva che tale pratica avesse dei benefici terapeutici sulla mente disturbata del paziente, che poteva essere tranquillizzata tramite la calma e il silenzio.

In questo caso i pazienti venivano rinchiusi in celle singole o confinati in quartieri di isolamento, spesso con addosso una camicia di forza, strumento che costringe le braccia ad essere incrociate sul petto vietandone qualsiasi movimento e dalla quale è impossibile liberarsi a causa di forti cinghie situate sulla schiena. Essa veniva usata per placare gli attacchi nervosi e aggressivi dei pazienti, in modo che non potessero più muoversi. Tale strumento di contenimento fu usato per la prima volta in Francia nel 1770, per calmare pazienti schizofrenici o con frequenti disturbi d'ansia.

¹⁶ E. Murphy, *L'Ottocento: scienze mediche. Psichiatria e istituzioni*, in “Storia della scienza”, disponibile presso l'url https://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_%28Storia-della-Scienza%29/ (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

«Si riteneva che con la calma e il silenzio la mente tormentata potesse purificarsi e trasformarsi in una tabula rasa psicologica, pronta ad accogliere i nuovi pensieri assennati che l'alienista vi avrebbe impiantato»¹⁷.

Oltre alla camicia di forza, spesso all'isolamento erano sovrapposte altre cure e rimedi, come ad esempio la somministrazione da parte dei medici al paziente di bromuro o di valeriana, usati entrambi come dei calmanti. Nel caso in cui l'effetto non fosse stato quello desiderato, la soluzione estrema sarebbe stato il semplice aumento delle dosi.

Soltanto a metà Ottocento ci si rese conto dell'inutilità di tali terapie nel contrasto alla malattia mentale. Pertanto, i neurologi e gli alienisti più "coraggiosi" cominciarono a sperimentare nuovi metodi di cura che potessero avere più efficacia. A tal proposito iniziò l'utilizzo massiccio di sedie rotanti, docce alla testa, shock improvvisi e bagni freddi, ma anche quest'ultimi, che rimasero in voga per un gran lasso di tempo, non diedero mai dei veri e propri risultati.

Per calmare i malati era molto praticata la tecnica dell'idroterapia, che consisteva nell'immergere l'alienato, quando questi era agitato, in una vasca di acqua con una temperatura compresa o tra gli 8 e i 20 gradi centigradi.

Questa terapia poteva durare poche ore o addirittura, nei casi più estremi, anche un giorno intero. L'idroterapia era molto in voga nei primi anni del ventesimo secolo, ma la cosa sconcertante è che questa pratica non veniva intesa come una punizione, bensì era credenza comune tra neurologi e alienisti che l'acqua fredda avesse delle proprietà curative e benefiche per il paziente: si stimava che tramite questa procedura fosse possibile diminuire le attività cerebro-fisiche dell'alienato.

Al contrario, in alcuni casi il paziente veniva immerso in una vasca con dentro acqua calda che oscillava tra i 33 e i 36 gradi centigradi. Anche in questo caso, il paziente veniva lasciato "in ammollo" per ore o per tutta la notte¹⁸.

Come detto sopra, in alcuni manicomi veniva praticata anche l'innovativa pratica dell'ergoterapia ovvero «un metodo curativo, complementare ad altri trattamenti somatici o psicoterapici, in cui l'agente terapeutico è costituito da un'attività lavorativa razionalmente ordina-

¹⁷ Ivi.

¹⁸ Ivi.

ta»¹⁹. Pionieri di tale pratica furono il già citato Philippe Pinel e Vincenzo Chiarugi (medico italiano vissuto a cavallo tra il diciottesimo e il diciannovesimo secolo), che sperimentò l’ergoterapia nel manicomio di S. Bonifacio a Firenze con ottimi risultati, a differenza delle pratiche inumane utilizzate in precedenza.

Il fine di questa terapia era quello di far distrarre i malati dai loro pensieri ossessivi, facendoli sentire utili per la società attraverso il dovere, il lavoro e la produttività. Di riflesso, la terapia risultava anche utile per il manicomio stesso, in quanto tramite il lavoro degli internati si poteva procedere all’autosostentamento.

Purtroppo, non tutti i manicomi erano provvisti di sale di lavoro, pertanto questa tecnica non fu applicata ovunque. Le istituzioni che al contrario possedevano delle strutture atte al lavoro proponevano agli internati numerose attività. Gli internati più tranquilli potevano essere d’ausilio agli infermieri nei compiti “elementari”, mentre, nel caso in cui vi fosse stata la possibilità, i pazienti avrebbero potuto svolgere il lavoro che facevano nella realtà esterna prima di essere internati.

Nel corso del tempo la psichiatria si è evoluta, e con essa si sono sviluppate nuove terapie e trattamenti per i malati mentali, come la lobotomia, praticata per la prima volta a ridosso del ventesimo secolo, e l’elettroshock, scoperto e sviluppato da due neurologi italiani negli anni Trenta del Novecento.

2.2. Terapie estreme: elettroshock e lobotomia

L’elettroshock, denominato anche “terapia elettroconvulsivante”, è un trattamento terapeutico utilizzato in psichiatria, consistente nell’induzione di una convulsione nel paziente mediante il passaggio di corrente elettrica attraverso il cervello.

Questa nuova forma di terapia fa la sua comparsa nel panorama mondiale nel 1938, allorquando, dopo aver provato tale strumento su animali, i neurologi italiani Ugo Carletti e Lucio Bini sperimentarono questa terapia su un paziente delirante, soggetto a depressione e in preda ad allucinazioni. Quest’ultimo, in seguito ad una serie di elettroshock riuscì a ritornare alla sua vita normale e riprese il lavoro²⁰.

¹⁹ Cfr. www.treccani.it (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

²⁰ P. Panchieri, M. Caredda, voce *Elettroshock*, in “Universo del Corpo”, dispo-

Tuttavia, a fronte dei molti casi in cui la terapia funzionava efficacemente, questo strumento, se usato in maniera persistente e obsoleta, causava gravi conseguenze per il paziente.

Essendo al tempo una scoperta innovativa, l'elettroshock cadde nel paradigma di uso-abuso: esso veniva applicato non solo su pazienti schizofrenici o affetti da disturbi affettivi, ma su qualsiasi persona che avesse un qualche tipo di disturbo e ancor di più su drogati e alcolisti.

Da tener ben presente che tale trattamento ebbe origine prima della messa in commercio degli anestetici e che venne pertanto applicato su pazienti coscienti.

A causa del forte dolore e delle scosse elettriche indotte nel cervello, i pazienti perdevano conoscenza e andavano spesso incontro ad irrimediabili effetti collaterali, come fratture ossee e danni persistenti per il cervello e per il corpo²¹.

Queste le parole di un'anonima donna che ha visto portarsi via il padre da bambina in seguito all'internamento in un ospedale psichiatrico e al conseguente elettroshock:

Fermo come una cosa sorda all'acqua, cieco al sole. Immobile come lo sono quegli oggetti violati e gettati nel pattume. La chimica dirigeva i suoi pensieri, i suoi circuiti neuronali semplici e mozzati. Gli occhi roteanti erano il solo ricordo di un uomo che era stato vivo, prima che le scariche di corrente penetrassero nei pensieri più nascosti [...]. Io non sapevo cosa fosse un padre pazzo; [...] Lo videro alzare la mano livida e passarsi le dita sul capo, come a pettinarsi. Inconsapevole del suo sguardo bruciato, certo di un viso che non era più tale. Tossendo si levò in piedi e strisciò sul muro cercando nelle pietre la forza per alzarsi. Non volle specchi, solo il vecchio maglione felpato. Aprirono la porta intorpiditi e io, lesta, fuggii dalla loro morsa correndo incontro a mio papà chiamandolo per nome. Mi feci prendere e alzare, sentendo quell'amore paterno che le scariche non avevano bruciato²².

nibile all'url [https://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock_\(Universo-del-Corpo\)/#:~:text=%C3%88%20comunemente%20denominata%20elettroshock%20\(ECT,elettrica%20veicolata%20nelle%20regioni%20temporoparietali](https://www.treccani.it/enciclopedia/elettroshock_(Universo-del-Corpo)/#:~:text=%C3%88%20comunemente%20denominata%20elettroshock%20(ECT,elettrica%20veicolata%20nelle%20regioni%20temporoparietali) (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

²¹ A. Livi, *Elettroshock: la storia*, disponibile presso l'url: <https://www.alessandrolivistudiomedico.it/elettroshock-la-storia/> (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

²² M. Montanari, *Lo stigma intrappola i pazienti mentali. Ecco i racconti di chi è passato per l'elettroshock*, "il Fatto Quotidiano", 12 settembre 2019.

Nonostante al giorno d’oggi non si parli più di elettroshock, bensì di terapia elettroconvulsivante (TEC), e nonostante essa si sia evoluta nel tempo (le scariche non possono essere superiori a 5 volt e inoltre deve essere praticata un’anestesia totale sul paziente), i dibattiti circa la brutalità, la mancata fondatezza scientifica e l’assenza di un comprovato valore terapeutico di questa pratica non sono mai cessati e soprattutto «non è chiaro quali e in che modo queste modificazioni (dei neurotrasmettitori e dei meccanismi recettoriali) siano correlate all’effetto terapeutico»²³.

In aggiunta all’elettroshock, anche la lobotomia fu uno degli esperimenti più invasivi e brutali sottoposti ai degenti in manicomio.

Il termine ‘lobotomia’ deriva dal greco λευκός (bianco) e τομία (taglio), e quindi «taglio della sostanza bianca, ossia delle zone cerebrali costituite da fasci di assoni mielinizzati, che appaiono bianche rispetto alle zone ricche di corpi cellulari e assoni non mielinizzati, che appaiono grigi. Essa consiste nel sezionare le connessioni nervose da e per la corteccia prefrontale, la parte più anteriore dei lobi frontali»²⁴.

La procedura utilizzata per praticare una lobotomia consisteva nel praticare un foro ad ambo i lati del cranio, dai quali in seguito doveva essere iniettato dell’alcool etilico puro che avrebbe dovuto agire nella porzione di materia bianca presente in prossimità della corteccia cerebrale.

Tale materia bianca è composta da parti di neuroni cerebrali, grazie ai quali gli impulsi elettrici vengono condotti dal nucleo del neurone interessato fino alle sue terminazioni. Attraverso l’alcool era possibile disgregare tali collegamenti nervosi tra il cervello e il talamo.

Si abusò fin troppo di questa “terapia” soprattutto negli Stati Uniti, tant’è che negli anni Quaranta il numero dei pazienti che subì tale pratica fu ingente, senza una reale motivazione²⁵.

²³ G. B. Cassano, *Manuale di psichiatria*, Utet, Torino 1994.

²⁴ Cfr. *Dizionario di Medicina 2010*, disponibile presso l’url: [https://www.trecani.it/enciclopedia/lobotomia_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.trecani.it/enciclopedia/lobotomia_(Dizionario-di-Medicina)/) (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

²⁵ K.S. Ballero, *La storia della lobotomia, tra narrazione e realtà* pubblicato, disponibile presso l’url: <https://www.scientificast.it/la-storia-della-lobotomia-narrazione-realta/> (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

Al giorno d'oggi la lobotomia è stata vietata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), per il semplice motivo che si possono ottenere risultati migliori con i farmaci, evitando tra l'altro anche i molteplici effetti collaterali. La terapia in questione è praticata soltanto nel caso in cui i pazienti non rispondano agli specifici farmaci, appositamente prescritti²⁶.

Conclusioni

La legge 180/1978 ha restituito diritto e dignità a un numero ingente di uomini e donne che fino a quel momento erano rinchiusi nei manicomi (ospedali psichiatrici dal 1975). La critica mossa a questa legge tuttavia è stata dura: ciò che le si rimproverava era il fatto di aver sì chiuso i manicomi, ma di averlo fatto come un segnale di abbandono sia per i malati che per le proprie famiglie.

Nella legge, infatti, non erano presenti né linee guida, né risorse apposite per reagire alle conseguenze derivanti dalla chiusura degli ospedali psichiatrici, tant'è che, nelle varie regioni italiane, i servizi e le strutture sostitutive sono stati realizzati con tempi e risultati diversi.

Questo “falla normativa”, nel tempo, ha portato pertanto a diverse criticità alle quali si deve rispondere con una buona dose di lucidità e consapevolezza, per evitare di prendere la strada più breve, la quale potrebbe far ritornare il nostro sistema alla vecchia logica manicomiale.

Trentasei anni dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici esistono gli Spdc, sigla che sta per Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, «strutture di ricovero ospedaliero in cui viene garantita l'assistenza h24 e a cui afferiscono pazienti con disturbi psichici in fase acuta. L'indicazione al ricovero viene posta dai Dirigenti Medici del Dipartimento, presso le sedi dei Centri di salute mentale o presso le sedi di Pronto Soccorso, sulla base delle caratteristiche cliniche e sociali dei pazienti. I reparti, dotati di posti letto, effettuano ricoveri obbligatori (T.S.O.) e volontari (T.S.V.), secondo protocolli di cura condivisi»²⁷.

²⁶ Ivi.

²⁷ Cfr. il sito www.asl3.liguria.it (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

Nonostante il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura sia per l'appunto un servizio molto più innovativo e razionale rispetto alle strutture del passato, anche in questi centri non sembra che vi sia un totale rispetto per i pazienti. Secondo Piero Cipriano, noto medico psichiatra e psicoterapeuta italiano, la cura dei pazienti presenti nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura spesso si risolve attraverso due azioni, con l'uso di psicofarmaci e sedativi, e con delle fasce robuste che tengono i pazienti stretti a letto, proprio come avveniva nei vecchi manicomi. A tal proposito:

Il manicomio ricordava un campo di concentramento, il Spdc ricorda una fabbrica. [...]. Per il ricoverato mentale è raro fare qualche forma di terapia che non sia inghiottire farmaci, perché in molti Spdc l'organizzazione prevede un solo medico che, essendo appunto solo, lavora spesso per le urgenze. La sera c'è la cena, la televisione, le pasticche, poi si deve dormire, e se il paziente non dorme prende la terapia aggiuntiva, perché il sonno in Spdc è sacrosanto, per i pazienti ma ancora di più per i medici e gli infermieri [...]. Qui ci sono ancora le fasce per legare i pazienti al letto, le sbarre alle finestre e le porte chiuse: tutti presupposti per la perdita della fiducia, che segna la fine di ogni percorso riabilitativo e la perpetuazione del principio matto “uguale pericoloso” [...] ²⁸.

Stando alle parole di Cipriano, sembrerebbe che, pian piano e ovviamente non ovunque, si stia tornando alla vecchia logica manicomiale. Spesso queste mancanze sembrano esser causate dalla mancanza di personale addetto e qualificato, sia nelle strutture private sia soprattutto in quelle pubbliche in quanto: «al sistema pubblico sanitario le fasce costano meno degli operatori e la legge non le ha mai vietate. Quelli che le usano dicono che in mancanza di personale non si può fare altrimenti. Ma chi lavora nel settore sa bene che spesso un malato viene legato per motivi futili, come un urlo di troppo» ²⁹.

Al netto dei fatti, ci si sta ancora interrogando su come e cosa fare per evitare che nel XXI secolo, e dopo ben quarantatré anni dalla legge Basaglia, tutto ciò sia ancora possibile.

Si potrebbe arrivare ad una soluzione multifattoriale, che tenga conto di fattori biologici, sociali e psicologici. Bisogna che sia una

²⁸ P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2013.

²⁹ Ivi.

fusione tra la prevenzione, la cura e la riabilitazione con l'arte del socializzare e del lavorare³⁰.

Sulla base di ciò, nel 2005, il Servizio di Salute Mentale di Trento ha deciso di far partire il progetto UFE, sigla che sta per Utenti e Familiari Esperti, dove gli utenti sono persone che in passato hanno sofferto di malattie mentali, i quali, con i loro familiari, oggi aiutano le persone che soffrono degli stessi disturbi con l'obiettivo di aumentare la loro partecipazione attiva nelle pratiche quotidiane. In questo progetto c'è la voglia del “fare insieme”, infatti gli ex malati mentali o coloro che hanno imparato a gestire il disagio psichico lavorano fianco a fianco con i medici, il che porta a risvolti positivi sia per questi ultimi, perché tramite tale esperimento riescono a rapportarsi meglio con i nuovi pazienti; che per gli UFE, poiché questi intraprendono un percorso e un lavoro che migliora la propria qualità di vita e, soprattutto, potranno far del bene agli altri malati psichici con i quali si rapportano.

La guarigione non è legata soltanto a una terapia efficace, ma anche alle circostanze. Se la medicina normale combatte le malattie del corpo agendo direttamente su di esso, per contrastare la malattia mentale è fondamentale capire e accettare la propria condizione, perché è attraverso la consapevolezza di sé che è possibile percorrere un sentiero sicuramente tortuoso, ma pur sempre di graduale ascesa verso la guarigione.

Bibliografia

- Aa.Vv., *Il Recovery in Psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, Trento 2012.
- Ambrosini G., Ceccarelli P. E, *L'esclusione manicomiale e la sua legge*, in “Quale giustizia”, 1972.
- Andreoli V., *Un secolo di follia*, Rizzoli, Milano 1991.
- Babini, P.v., *Liberi tutti: Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.

³⁰ M. Cozza, 8 Aprile 2018, *I primi 40 anni della 180. Dalla chiusura dei manicomi alla fine degli Ospedali psichiatrici giudiziari. È il momento di una seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale*, disponibile presso l'url: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=60503 (ultimo accesso il 2 novembre 2021).

- Baccarani U., *Infermieri e infermiere*, Società Tipografica Modenese, Modena 1909.
- Basaglia F., *Che cos'è la psichiatria?* a cura di Franco Basaglia, Baldini & Castoldi, Milano 1977.
- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, a cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, Raffaello Cortina editore, Milano 2000.
- Basaglia F., *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino 1982.
- Basaglia F. *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
- Basaglia F., *La distruzione dell'Ospedale Psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello “spazio chiuso”. Considerazioni sul sistema “open door”*, estratto dagli Annali di neurologia e psichiatria e dagli Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Perugia, 1965.
- Bozzo L., *Il codice penale e la sua genesi con note di giurisprudenza ed altre utili per la sua pratica*, Roma, 1890.
- Bricola F., *Il carcere riformato*, il Mulino, Bologna 1977.
- Brunori L., Raggi C., *Le comunità terapeutiche*, il Mulino, Bologna 2007.
- Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità d'Italia ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- Cappelli I., *Il manicomio giudiziario*, in “Quale giustizia”, 1972.
- Carabelli P.G., *L'infermiere di ospedale psichiatrico*, Milano, Editore a cura dell'amministrazione Provinciale, 1937.
- Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Cassano G.B., *Manuale di psichiatria*, UTET, Torino 1994.
- Catananti C., *Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica in Rapporto Sanità 2000: l'Ospedale del futuro*, il Mulino, Bologna 2000.
- Ceroni L., *Manuale per gli infermieri degli ospedali psichiatrici*, Cavallieri, Como 1942.
- Cipriano P., *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano 2013.
- Curcio R., Valentino N., Petrelli S., *Nel bosco di Bistorco*, Sensibili alle foglie, Roma 1997.
- D'Agostino A., *Le città dimenticate. Dalla città per la cura alla cura per la città*, in Id. (a cura di), *Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia*, “Festival dell'Architettura Magazine, ricerche e progetti sull'architettura e la città”, 2017.
- D'Alessandro R., *Lo specchio rimosso. Individuo, società, follia, da Goffman a Basaglia*, Franco Angeli, Milano 2008.
- Da Rin M., *Il lavoro fra alienazione e liberazione*, Marsilio, Venezia 1991.
- De Giacomo U., *Manuale per gli infermieri di ospedale psichiatrico*, Edizioni Mediterranee, Roma 1959.
- Dolcini E., *Rieducazione del condannato e rischi di involuzioni neoretributive: ovvero della lungimiranza del costituente*, in “Rassegna penitenziaria e criminologica”, 2006.
- Donghi D. (a cura di), voce ‘Manicomi’, in *Manuale dell'architetto*, volume II, sezione III, (sez. II del capitolo XV – Stabilimenti sanitari), Torino, Unione Tipografico- editrice torinese 1927.

- Dotto G., *Corso teorico e pratico per gli infermieri dell'ospedale psichiatrico*, Sc. Tip. Saler. Orf. Guerra, Palermo 1929.
- Famiglietti L., *Verso il superamento della pena manicomiale*, in “Giurisprudenza Costituzionale”, 2003.
- Ferrario P., *Nobili dimore. Le residenze storiche a Limbiate e Mombello*, Studio Archivolto e Comune di Limbiate, Limbiate 2001.
- Foot J., *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017.
- Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino 2008.
- Foucault M., *Il manicomio illimitato*, in *Follia e Psichiatria*, a cura di M. Bertani e A. Rovatti, Giuffrè, Milano 1994.
- Foucault M., *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano 1997.
- Foucault M., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969.
- Foucault M., *Sorvegliare e Punire. Nascita della Prigione*, Einaudi, Torino 1976.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età Classica*, Rizzoli, Milano 1997.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino 1999.
- Garofalo R., *Criminologia. Studio sul delitto e sulla teoria della repressione*, Fratelli Bocca, Torino 1891.
- Goffman E., *Asylums: le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968.
- Goffman E., *Stigma. L'identità negata*, Ombre corte, Verona 2012.
- Lenza C., *Il manicomio italiano nell'europa dell'ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in A.a.Vv., *I complessi manicomiali tra Otto e Novecento*, Mondadori Electa, Milano 2013.
- Libertini R., *Il manicomio non ha mai fine*, in “Quale giustizia”, 1974.
- Lombroso C., *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, in “Il momento attuale”, Milano 1903.
- Lombroso C., *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, Fr. Bocca, Torino 1897.
- Lombroso C., *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in *Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di scienze, lettere e arti*, 1872.
- Lupo E., *Il progetto di modifica della legge 180: una controriforma fondata sulla segregazione*, in “Questione Giustizia”, 2003.
- Manna A., *Imputabilità e nuovi modelli di sanzione. Dalle “funzioni giuridiche” alla “terapia sociale”*, Giappichelli, Torino 1997.
- Marinucci G., Dolcini E., *Manuale di Diritto Penale*, Giuffrè, Milano 2006.
- Merlini S., *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in “Democrazia e Diritto”, 1970.
- Miravalle M., *“La riforma della sanità penitenziaria: il caso Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Esigenze etiche e giuridiche dell'oltre”*, tesi di laurea in Sociologia del diritto, Torino, 2011.
- Modena G., *Appunti di tecnica manicomiale*, in “Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale”, Bollettino del manicomio di Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, Ferrara 1908.

- Padovani E., *Pinel e il rinnovamento dell'assistenza degli alienati*, in "Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale", Bollettino del manicomio di Ferrara, Ferrara, S.A. Industrie Grafiche, 1927.
- Pantozzi G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Centro studi Erickson, Milano 1994.
- Pelissero M., *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in "Dir. pen. e proc.", 2012.
- Rabaglitti G., *Manicomi*, in *Novissimo Digesto*, vol. X, UTET, Torino 1957.
- Roscioni L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi in età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003.
- Santoro E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli, Torino 1997.
- Saporito F., *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Perfitto, Aversa 1908.
- Scabia L., *Guida dell'infermiere dei malati di mente nella casa e nel manicomio*, UTET, Torino 1901.
- Williams F. P. III, Mcshane M. D., *Devianza e criminalità*, il Mulino, Bologna 2002.

Normative/Leggi

- Codice penale del Granducato di Toscana, 1853.
- Codice penale per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, 1820.
- Codice penale per gli Stati di S.M. Il Re di Sardegna, 1839.
- Codice penale per gli Stati di S.M. Il Re di Sardegna, 1839.
- Codice penale per Lo Regno delle Due Sicilie, 1819.
- La Legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.
- Legge 14 febbraio 1904, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.
- Legge 18 marzo 1968, n. 431, Provvidenze per l'assistenza psichiatrica.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.
- Regio decreto 1° dicembre 1889, n. 6509, Approvazione del Codice Penale.
- Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno, 1891.