

Politecnico di Milano
Facoltà del Design_Design di Interni



TITOLO: PUNTI DI FOLLIA
SOTTOTITOLO: IL FOLLE, IO FOLLE

RELATORE: Prof. Franco Origoni
CORRELATORE: Prof. Marcello Galbiati

STUDENTI: Silvia Arletti 733977
 Chiara Ganzerla 725299

Punti di follia
Il folle, lo folle

sommario

- p. 9 indice delle figure
- p. 15 indice degli allegati
- p. 17 abstract di progetto
- p. 18 introduzione

PARTE PRIMA

- p. 20 **001 Follia nella Storia**
- p. 22 Ippocrate e la Teoria umorale
- p. 24 Il Medioevo e le credenze popolari
- p. 28 L'età dell' internamento
- p. 32 Clinica psichiatrica tra '800 e '90
- p. 36 Approcci psicoterapeutici. Sigmund Freud
- p. 40 Manicomi in Italia
- p. 43 Cesare Lombroso e la Fisiognomica

- p. 53 **002 Manicomio "lager"**
- p. 54 strumenti di contenzione e terapia
- p. 66 la giornata del pazzo
- p. 68 la vita in manicomio attraverso la fotografia
- p. 82 uno sguardo clinico

- p. 88 **003 Verso la fine dell'istituzione manicomiale**
- p. 90 l'antipsichiatria
- p. 91 Franco Basaglia e la Legge 180/1978

- p. 94 **004 Oltre le mura manicomiali**
- p. 96 essere nessuno
- p. 100 racconti di una vita in manicomio

- p. 103 **005 La follia contemporanea**
- p. 104 le nevrosi..
- p. 105 le psicosi

p. 106 **006 Un diverso punto di vista**

- p. 108 l'immagine della follia nella collettività
- p. 109 l'altra follia
- p. 109 folle mente

p. 114 **007 Follia in mostra**

PARTE SECONDA

p. 132 **008 Progetto**

- p. 134 Triennale
- p. 136 perchè la Triennale
- p. 138 verso un' idea di progetto
- p. 140 la griglia
- p. 142 dentro il progetto
- p. 146 esterno

IL FOLLE_ approfondimento di Chiara Ganzerla

- p. 154 ingresso
- p. 158 sala 1_ippocrate
- p. 161 sala 2_la nave
- p. 164 sala 3_internamento
- p. 166 sala 4_terminologia psichiatrica
- p. 169 sala 5_fisiognomica
- p. 172 sala 6_i manicomi

IO FOLLE_ approfondimento di Silvia Arletti

- p. 180 sala 7_Franco Basaglia.Il cambiamento
- p. 186 sala 8_voci
- p. 190 sala 9_art brut
- p. 202 sala 10_anime vaganti
- p. 205 sala 11_diverso punto di vista
- p. 215 sala 12_nevrosi

p. 218 **009 Componenti tecnici**

p. 231 **CONSIDERAZIONI**

p. 235 Note

p. 239 Bibliografia

p. 240 Filmografia

INDICE DELLE FIGURE

Follia nella Storia

- p. 16... FIG.1_ PITTORE DI KLEOPHRADES, MENADE (PART. DI UN ANFORA CON MENADI E SATIRI), 500 CA A.C., ANTIKENSAMMLUNGEN, MONACO
- p. 17... FIG.2_BUSTO DEL MEDICO GRECO IPOCRATE DI COO (460-377 A.C.)
- p. 18... FIG.3_I QUATTRO ELEMENTI DELLA FILOSOFIA ANTICA CHE FUNSERO DA BASE PER LO SVILUPPO DELLA
- p. 19... TEORIA UMOREALE
- p. 20... FIG.4_ ANONIMO, IL MONDO SOTTO IL BERRETTO DEL MATTO, 1600 CA, GERMANISCHES NATIONALMUSEUM, NORIMBERGA
- p. 21... FIG.5_FOU ENTRE DEUX DEMONS, DAL SALMO DIXIT INSIPIENS, SALTERIO DI BLANCHE DE CASTILLE, META' XII SEC.,PARIS
- p. 22... FIG.6_PIETER BRUEGEL, LA FESTA DEI FOLLI, 1561, BRITISH MUSEUM, LONDRA. INCISIONE
- FIG.7-8_INCISIONE, SEBASTIAN BRANT, DAS NARRENSCHIFF (LA NAVE DEI FOLLI), 1494
- p. 23... FIG.9_HIERONYMUS BOSCH, LA NAVE DEI PAZZI, 1490-1500, LOUVRE, PARIGI. OLIO SU TAVOLA, 57,8X32,5 CM
- FIG.10_HIERONYMUS BOSCH, LA CURA DELLA FOLLIA, 1475-1480, MUSEO DEL PRADO, MADRID. OLIO SU TAVOLA 48X35 CM
- p. 24... FIG.11_ANONIMO, SAN FRANCESCO SALVA I MARINAI DALLA FAME, 1240 CA, SANTA CROCE, FIRENZE
- p. 26... FIG.12-13_IMMAGINI DI TORTURE AGLI INTERNATI, BIBLIOTECA C. LIVI, REGGIO EMILIA
- FIG.14_VISTA DE L' HOPITAL ROYALE DE LA SALPETRIERE (HOPITAL GENERAL DE PARIS), JACQUES RIGAUD
- FIG.15_RAPPRESENTAZIONE DEL CARCERE PANOTTICO DI JEREMY BENTHAM, 1791, INGHILTERRA
- p. 24... FIG.16_IMMAGINI DI TORTURE AGLI INTERNATI, BIBLIOTECA C. LIVI, REGGIO EMILIA
- p. 26... FIG.17_DOCUMENTO "LETTRES DE CACHET", FRANCIA, INIZI 1600
- FIG.18_"LETTRES DE CACHET", FRANCIA, INIZI 1600
- p. 27... FIG.19_DISEGNATORE SCONOSCIUTO DA J.E.ESQUIROL (1772-1840), TAV.VI *DES MALADIES MENTALES CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS MÉDICAL, HYGIÉNIQUE ET MÉDICO-LÉGAL* PARIGI 1838
- FIG.20_DISEGNATORE SCONOSCIUTO DA J.E.ESQUIROL (1772-1840), TAV.XIII *DES MALADIES MENTALES CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS MÉDICAL, HYGIÉNIQUE ET MÉDICO-LÉGAL* PARIGI 1838
- p. 29... FIG.21_T. GERICAULT, MONOMANE DELL' INVIDIA,1819(?)·1822(?), LIONE OLIO SU TELA, 72X58 CM
- FIG.22_DISEGNATORE SCONOSCIUTO DA J.E.ESQUIROL (1772-1840), TAV.VII *Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* PARIGI 1838
- p. 30... FIG.23_SIGMUND FREUD (1920) RITRATTO SULLA COPERTINA DELLA RIVISTA "LIFE" (1938)
- FIG.24_COPERTINA LIBRO "STUDI SULL'ISTERIA" DI FREUD E BREUER 1895
- p. 31... FIG.25_PAUL RICHER, EQUIPE DI CHARCOT, SCHIZZO DI UN ATTACCO ISTERICO, CONTORSIONI
- FIG.26_JOSEPH BREUER, FOTO DEL 1877(1920)
- p. 32... FIG.27_BERTHA PAPPENHEIM (ANNA O.)
- FIG.28_DIVANO DI FREUD, CASA MUSEO, LONDRA
- p. 34... FIG.29_SALOTTO DI FREUD, CASA MUSEO, VIENNA
- p. 36... FIG.30_MANICOMIO SAN SERVILIO 1716, ISOLA SAN SERVULO, VENEZIA
- FIG.31_CORTILE ESTERNO, MANICOMIO SAN LAZZARO, 1870, REGGIO EMILIA
- FIG.32_SALA BAGNO, MANICOMIO SAN LAZZARO, 1870, REGGIO EMILIA
- p. 37... FIG.33_CORRIDOIO CELLE, MANICOMIO SAN LAZZARO, 1870, REGGIO EMILIA
- FIG.34_CESARE LOMBROSO (1835-1909)
- FIG.35_CRANI DI DELINQUENTI STUDIATI DA LOMBROSO E INSERITI IN "L' UOMO DELINQUENTE.ATLANTE", 1897, TAVOLA XXVIII
- p. 38... FIG.36_COPERTINA DEL LIBRO "L' UOMO DELINQUENTE"DI CESARE LOMBROSO 1876
- p. 39... FIG.37-38_PRIMI SCHIZZI DI VOLTI DI RECLUSI REALIZZATI DA FRIGERIO (COLLABORATORE DI LOMBROSO) NEL MANICOMIO DI PESARO, 1871. LOMBROSO CREA UN ALBUM IN CUI EVIDENZIA LE DEFORMITA' DI OGNI SINGOLO UOMO GRAZIE A FOTOGRAFIE, DISEGNI E RITAGLI DA GIORNALE
- p. 40... FIG.39-40_INCISIONI DI RECLUSI, FRIGERIO (COLLABORATORE DI LOMBROSO),1871 MANICOMIO DI PESARO. IL PASSAGGIO DALLA FOTO AL DISEGNO E DAL DISEGNO ALLA INCISIONE, E' UN GRADUALE PROCESSO DI DEFORMAZIONE: E' LA FORMAZIONE DEL MOSTRO. L' INTENZIONE DI LOMBROSO E' QUELLA DI SPINGERE L' IMMAGINE RECALCITRANTE, A COMBACIARE CON L' ARCHETIPO DELL'UOMO CATTIVO CHE NATURALMENTE E' SEMPRE BRUTTO.
- p. 41... FIG.41_CATALOGAZIONE DI DELINQUENTI SULLA BASE DI CARATTERI SOMATICI, LOMBROSO, "L' UOMO DELINQUENTE. ATLANTE" 1897, TAVOLA XLI
- p. 42... FIG.42_IDENTIFICAZIONE DACTILOSCOPICA, LOMBROSO,"L' UOMO DELINQUENTE. ATLANTE" 1897, TAVOLA XLIII
- p. 43... FIG.43_CARTELLINO SEGNALETICO CON FOTO DEL DELINQUENTE, DESCRIZIONE SOMATICA, COMPORTAMENTALE E IMPROONTE DIGITALI. LOMBROSO 1897

Manicomio “lager”

- p. 50... FIG.I_ANELLI DI FORZA
- p. 51... FIG.II_CASCO DEL SILENZIO
FIG.III_URNA PER FARE LA DOCCIA
- p. 52... FIG.IV_COPERCHIO PER BAGNAROLA DI FORZA
FIG.V_APPARECCHIO PER BAGNO DI LUCE GENERALE
- p. 53... FIG.VI_BAGNO IDROELETTRICO QUADRICELLULARE
- p. 54... FIG.VII_APPARECCHIO PER L'ELETTROSHOCK
- p. 55... FIG.VIII_FERMATESTA
FIG.IX_FORCA
- p. 56... FIG.X-XI_FUCILE
FIG.XII_GUANTI SENZA DITA
- p. 57... FIG.XIII_MANETTE
FIG.XIV_CAVIGLIERE DI CONTENZIONE
- p. 58... FIG.XV_POLSINI DI FORZA
FIG.XVI_GHETTE DI FORZA
- p. 59... FIG.XVII_COLLARE
FIG.XVIII_CAMICIA DI FORZA
- p. 60... FIG.XIX_CINTURA DI CONTENZIONE - I
FIG.XX_SEDILE DI CONTENZIONE A DUE POSTI
- p. 61... FIG.XXI_LETTO DI CONTENZIONE
FIG.XXII_CINTURA DI CONTENZIONE - II
-
- p. 63... FIG.1_CARTELLO CON NORME REGOLAMENTARI PER LA VISITA DEI PARENTI AI RECLUSI, MANICOMIO S.LAZZARO, REGGIO EMILIA
- p. 65... FIG.2_MANI DI UNA RECLUSA, FOTOGRAFIA TRATTA DAL LIBRO “AMATI MATTI. STORIE DI PAZIENTI PSICHIATRICI”, AUTORI VARI
- p. 66... FIG.3-4_IMMAGINI DI RECLUSE, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “AMATI MATTI. STORIE DI PAZIENTI PSICHIATRICI”, AUTORI VARI
- p. 67... FIG.5-6-7_IMMAGINI DI RECLUSE, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “AMATI MATTI. STORIE DI PAZIENTI PSICHIATRICI”, AUTORI VARI
- p. 68... FIG.8_IMMAGINI DI RECLUSE FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI, 1969
- p. 69... FIG.9-10_IMMAGINI DI RECLUSE, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI, 1969
- p.70... FIG.11_IMMAGINI DI RECLUSI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI,1969
- p. 71... FIG.12_IMMAGINI DI RECLUSI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI,1969
- p. 72... FIG.13-14-15-16_IMMAGINI DI AMBIENTI MANICOMIALI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI, 1969
- p. 73... FIG.16_IMMAGINI DI AMBIENTI MANICOMIALI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI, 1969
- p. 74-75 FIG.17-18_IMMAGINI DI RECLUSI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA ED. EINAUDI, 1969
- p. 76... FIG.19-20_IMMAGINI DI RECLUSI, FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA ED. EINAUDI, 1969
- p. 77... FIG.21_POESIA DI UN RECLUSO, TRATTA DAL LIBRO “MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA CARLA CERATI E GIANNI BERENGO GARDIN”, A CURA DI F. E F. BASAGLIA, ED. EINAUDI, 1969
- p. 79... FIG.22_DOCUMENTO DI ORDINANZA PER RICOVERO DELL' ALIENATO, MANICOMIO DI RUBIERA (RE), 1911
- p. 81... FIG.23_RELAZIONE REDATTA DAL MEDICO DIRETTORE, A. GALLONI, SULLO “STATO DE' DEMENTI” RICOVERATI, MANICOMIO SAN LAZZARO, REGGIO EMILIA

Verso la fine dell'istituzione manicomiale

- p. 87... FIG.1_MANIFESTO ANTIPSICHIATRICO, 1978
FIG.2_APERTURA DEI MANICOMI DOPO LA LEGGE BASAGLIA, FOTOGRAFIA TRATTA DAL LIBRO "VITE. FOLLIE E FOTOGRAFIE" DI ENZO CEI, MARSILIO (VE) 1999
- p. 88... FIG.3-4-5_FRANCO BASAGLIA, RITRATTO IN VARI MOMENTI PRIMA E DOPO LA LEGGE 180, ANNI 1970/1980
- p. 89... FIG.6_RECLUSI CHE PASSEGGIANO ALL'ARIA APERTA DOPO LE NUOVE REGOLE DELLA LEGGE 180/78, 1978
FIG.7_DISCORSO DI FRANCO BASAGLIA DURANTE LE CONFERENZE BRASILIANE, 1978

Oltre le mura manicomiali

- p. 92... FIG.1_FOTOGRAFIA DI UN EX RECLUSO FUORI DAL MANICOMIO IN AMBIENTE FAMILIARE, 1982
FIG.2_FOTOGRAFIA "TUTTI HANNO UN CORPO, NON TUTTI HANNO UN'ANIMA" GIANLUIGI CABIDDU
- p. 93... FIG.3_FOTOGRAFIA TRATTA DA "C'ERA UNA VOLTA L'OSPEDALE PSICHIATRICO" GIAN BUTTURINI, 1973
FIG.4_DISEGNI SU UN MURO MANICOMIALE APERTO DOPO LA LEGGE BASAGLIA, 1978
FIG.5_NEL CORTILE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO, FOTO TRATTA DA "ALTRI SGUARDI" ULIANO LUCAS, ROMA, 1978
- p. 94-95 FIG.6_ARTICOLO DI GIORNALE TRATTO DA "METRO" DEL 29 AGOSTO 2000

Un diverso punto di vista

- p. 104... FIG.1_L'ARTISTA JEAN DUBUFFET MENTRE CREA UNO DELLE SUE OPERE ART BRUT
- p. 106... FIG.2_L'ARTISTA JEAN DUBUFFET NEL SUO ATELIER, 1901-1985
FIG.3_DIPINTO SU TELA "MIRE G 69"(BOLERO), 1983
FIG.4_DIPINTO SU TELA "NON-LIEU", 1984
- p. 107... FIG.5_L'ARTISTA JEAN DUBUFFET NEL SUO ATELIER, 1901-1985
- p. 108... FIG.6_L'ARTISTA ADOLF WÖFLI, 1864-1930
FIG.7_"PLAN FOR REBELLION IN ST. ADOLF'S CASTLE IN BRESLAU", ADOLF WÖFLI, COLLECTION DE L'ART BRUT, LOSANNE, 1922
FIG.8_"CASTLE ON LAKE ST. LAURENCE WITH OSTRICHES", ADOLF WÖFLI, COLLECTION DE L'ART BRUT, LOSANNE, 1909
- p. 109... FIG.9_"GREAT IMPERIAL HIGHNESS THYE PRINCESS OLGA FROM THE THRONE OF ST. ADOLF IN POLAND", ADOLF WÖFLI, COLLECTION DE L'ART BRUT, LOSANNE, 1916

Follia in mostra

- p. 116... FIG.1_DIPINTO SU TELA DI UN EX RICOVERATO DEL MANICOMIO DI ODERZO
- p. 117... FIG.2-3_FOTOGRAFIE DI BUTTURINI E LUCAS
- p. 118... FIG.4-5_OLTRE LA SOGLIA DEI MANICOMI ITALIANI, FOTOGRAFIE DI GIANNI BERENGO GARDIN
- p. 119... FIG.6-7_OLTRE LA SOGLIA DEI MANICOMI ITALIANI, FOTOGRAFIE DI GIANNI BERENGO GARDIN
- p. 120... FIG.8_VICTOR BRAUNER, LE VER LUISANT, 1933
FIG.9_ARTE, GENIO, FOLLIA: CARLO ZINELLI BALLERINE NERE SU SFONDO GIALLO, 1963
FIG.10_ANTONIO LIGABUE, AUTORITRATTO CON SCIARPA ROSSA, 1956
- p. 122... FIG.11_PIANTA DEL MUSEO CON IL PERCORSO DELLE SALE
FIG.12-14_SALA 4 "DIMORE DEL CORPO"
- p. 123... FIG.13-16_SALA 5 "INVENTORI DI MONDI"
FIG.15_SALA 6 "L'ISTITUZIONE CHIUSA"
FIG.17_LOCANDINA MUSEO DELLA MENTE
- p. 124... FIG.18_SALA ESPOSITIVA FOTOGRAFIE E STRUMENTI DAL MANICOMIO DI SAN SERVOLA
- p. 125... FIG.19_TECHE CON ESPOSTE TESTE DI DELINQUENTI, MUSEO LOMBROSO
FIG.20_CRANIO ESPOSTO AL MUSEO LOMBROSO
FIG.21_STUDIO DI CESARE LOMBROSO, MUSEO LOMBROSO
- p. 126... FIG.22-23_FOTO ESTERNO EX MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO, REGGIO EMILIA
- p. 127... FIG.24_FOTO CORRIDOIO INTERNO CON CELLE, EX MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO, REGGIO EMILIA
FIG.25-26_FOTO DI GRAFFITI SUI MURI ALL'INTERNO DELLE CELLE REALIZZATI DA RECLUSI, EX MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO, REGGIO EMILIA
FIG.27_LETTI DI CONTENZIONE, EX MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO, REGGIO EMILIA

- p. 128... FIG.28_RITRATTO DELLA SCRITTRICE DACIA MARAINI
- p. 129... FIG.29_RITRATTO DEL MATT-ATTORE CLAUDIO MISCULIN, DIRETTORE DELLO SPETTACOLO "STRAVAGANZA",
ACCADEMIA DELLA FOLLIA
- FIG.30_CLAUDIO MISCULIN INSIEME AD UN ATTRICE DI STRAVAGANZA SULLA SCENA TEATRALE

Progetto

- p. 134... FIG.1_VISTA AEREA DELLA TRIENNALE
- FIG.2_INGRESSO DEL DESIGN MUSEUM ALL'INTERNO DELLA TRIENNALE
- FIG.3_VISTA ESTERNA DELL'INGRESSO DELLA TRIENNALE
- p. 135... FIG.4_FOTO INTERNA DELLA CURVA AL PIANO SUPERIORE
- FIG.5_FOTO ESTERNA DELLA CURVA
- FIG.6_FOTO INTERNA DELL'INGRESSO
- p. 136... FIG.7_PIANTA TRIENNALE PIANO TERRA
- p. 137... FIG.8_PIANTA CURVA TRIENNALE PIANO TERRA, SUDDIVISIONE INIZIALE DELL'AREA
- p. 138... FIG.9_SCHEMA SUDDIVISIONE INTERNA
- p. 139... FIG.10_PIANTA CON SUDDIVISIONE INTERNA
- p. 140... FIG.11_SISTEMA CARTESIANO
- FIG.12_GRATA DI UNA CELLA
- FIG.13_SUPERSTUDIO, SERIE QUADERNA 1971, ZANOTTA
- FIG.14_VERNER PANTON, SALES EXHIBITION DI UNIKA VAEV, ZURIGO,1961
- p. 141... FIG.15_IMMAGINE RETE
- p. 142... FIG.16_PIANTA SCALA 1:500
- p. 144... FIG.17_PIANTA PERCORSI
- p. 146... FIG.18_PIANTA ESTERNO SCALA 1:1000
- p. 148... FIG.19_“LAGGIU' DOVE MORIVANO I DANNATI”, ALDA MERINI, 1984
- FIG.20_VISIONE DELLE DUE FRASI SULLA RECINZIONE
- FIG.21_“A FRANCO BASAGLIA”, ALDA MERINI
- p. 149... FIG.22_PIANTA RECINZIONE
- FIG.23_PROSPETTO RECINZIONE
- FIG.24_ASSONOMETRIA RECINZIONE
- p. 150... FIG.25_PARTICOLARE DELLA RECINZIONE
- p. 151... FIG.26_IMMAGINE RENDER ESTERNO
- FIG.27_IMMAGINE RENDER ESTERNO NOTTURNA
- p. 152... FIG.A_SEZIONE LONGITUDINALE
- p. 154... FIG.28_FRAMES VIDEO INGRESSO MOSTRA
- p. 156... FIG.29_PIANTA SCALA 1:100
- FIG.30_SEZIONE TRASVERSALE
- p. 157... FIG.31_IMMAGINE RENDER
- p. 158... FIG.32_SEZIONE TRASVERSALE
- p. 159... FIG.33_PIANTA SCALA 1:100
- p. 160... FIG.34_PARTICOLARE CUBI
- FIG.35_PARTICOLARE GRAFICA CUBI
- FIG.36_IMMAGINE RENDER
- p. 161... FIG.37-38_DUE DEI DIPINTI ESPOSTI NELLA SALA 2 : HIERONYMUS BOSCH, LA NAVE DEI FOLLI (1490-1500),
MARIO ORTOLANI, LA NAVE DEI PAZZI
- p. 162... FIG.39_PIANTA SALA 2
- p. 163... FIG.40_SEZIONE TRASVERSALE
- FIG.41_IMMAGINE RENDER
- p. 164... FIG.42_IMMAGINE RENDER
- p. 165... FIG.43_PIANTA SALA 3
- p. 166... FIG.44-45_ALCUNE IMMAGINI PROIETTATE SUI VIDEO ALL'INTERNO DELLA SALA
- p. 167... FIG.46_SEZIONE TRASVERSALE
- p. 168... FIG.47_PIANTA SALA 4
- FIG.48_ESEMPIO DI TESTO
- FIG.49_PARTICOLARE ELEMENTO VERTICALE
- FIG.50_IMMAGINE RENDER SALA 4
- p. 169... FIG.51_ELEMENTI ESPOSTI NELLE TECHE DELLA SALA
- p. 170... FIG.52_PIANTA SALA 5
- p. 171... FIG.53_PARTICOLARE PANNELLO E SCHEDA CARATTERISTICHE FISIOGNOMICHE
- FIG.54_IMMAGINE RENDER SALA 5
- p. 172... FIG.55_IMMAGINE RENDER SALA 6 (CORRIDOIO)

- p. 173... FIG.56_PIANTA SALA 6
- p. 174... FIG.57_IMMAGINE RENDER SALA 6 (INTERNO CELLE)
- p. 175... FIG.I- VI_FOTOGRAFIE DI ULIANO LUCAS, 1978
- p. 178... FIG.VII- XII_DISEGNI
- p. 180... FIG.58_IMMAGINE RENDER SALA 6
- p. 181... FIG.59_PIANTA SALA 7
- p. 184... FIG.B_SEZIONE LONGITUDINALE
- p. 186... FIG.60_SEZIONE TRASVERSALE SALA 8
- p. 187... FIG 61_PIANTA SALA 8
- p. 188... FIG.62_IMMAGINE RENDER SALA 8
- p. 189... FIG 63_RACCONTO
- p. 190... FIG.64_SEZIONE LONGITUDINALE
- p. 191... FIG 65_PIANTA SALA 9
- p. 192... FIG.66_IMMAGINE RENDER SALA 9
- p. 193... FIG.XIII- XXV_OPERE DEI RICOVERATI
- p. 204... FIG.67_SEZIONE LONGITUDINALE
FIG.68_PARTICOLARE PANNELLO
- p. 205... FIG 69_PIANTA SALA 10
- p. 206... FIG.70_IMMAGINE RENDER SALA 10
- p. 207... FIG.71- 72 -73_IMMAGINI DI RIFERIMENTO PER LE ANAMORFOSI
- p. 208... FIG.XXVII_Schema realizzativo degli affreschi del Niceron (dal Thaumaturgus Opticus - 1646);
FIG.XXVIII_A. Pozzo, Volta della Chiesa di S. Ignazio a Roma, 1681;
- p. 209... FIG.XXIX_Felice Varini, Point of view;
FIG.XXX_Felice Varini, Trois cercles concentriques pour couloir, 1998;
FIG.XXXI _Felice Varni, Du centre Pompidou- Metz. 2009;
- p. 210... FIG.74_PIANTA SALA 11
- p. 211... FIG.75_SEZIONE LONGITUDINALE SALA 11/B, PRIMO PUNTO DI VISTA
FIG.76_SEZIONE TRASVERSALE SALA 11/B, SECONDO PUNTO DI VISTA
- p. 212... FIG.77_IMMAGINE RENDER SALA 11, PRIMO PUNTO DI VISTA
- p. 213... FIG.78_IMMAGINE RENDER SALA 11, SECONDO PUNTO DI VISTA
- p. 214... FIG.79_IMMAGINE RENDER SALA 11/A, PRIMO PUNTO DI VISTA
- p. 215... FIG.80_IMMAGINE RENDER SALA 11/A SECONDO PUNTO DI VISTA
- p. 216... FIG.81_IMMAGINE RENDER SALA 11/B
- p. 217... FIG.82_SEZIONE LONGITUDINALE SALA 12
- p. 218... FIG.83_PIANTA SALA 12
- p. 219... FIG.84_IMMAGINE RENDER SALA 12

Componenti tecnici

- p. 222... FIG.1_FILO KEVLAR
FIG.2_PANNELLI IN POLIURETANO ESPANSO
- p. 223... FIG.3_PANNELLO VIDEO
FIG.4_PAVIMENTO IN RESINA INDUSTRIALE
- p. 224... FIG.5_CUBO IN PVC BIANCO
FIG.6_ASTA METALLICA LACCATA BIANCA
- p. 225... FIG.7_SCHERMI RETROPROIETTATI CON TELECAMERA
FIG.8_PELLICOLA PVC STAMPATA
- p. 226... FIG.9_SCHEMA LUCI
- p. 228... FIG.10_FARETTO DIREZIONALE AD INCASSO PAVIMENTO
FIG.11_LED FARETTO QUADRATO
- p. 229... FIG.12_FARETTO PER LAMPADE PAR E LAMPADE AD INCANDESCENZA
FIG.13_FARETTO PER LAMPADE PAR AD ALOGENURI METALLICI
- p. 230... FIG.14_FARETTO PER LAMPADE PAR AD ALOGENURI METALLICI
FIG.15_BARRA LED MODULARE
- p. 231... FIG.16_LAMPADA A SOSPENSIONE QUADRATA
FIG.17_LAMPADA A SOSPENSIONE CONO

INDICE DEGLI ALLEGATI

TAV 01_PIANTA ALLESTIMENTO FOLLIA

TAV 02_PIANTA ESTERNO ALLESTIMENTO FOLLIA

TAV 03_PIANTA SCHEMA ILLUMINOTECNICO E IMPIANTO ELETTRICO

TAV 04_PIANTA MATERIALI

ABSTRACT

La mostra si intitola “Punti di follia: il folle, lo folle”. Si suddivide sostanzialmente in due parti che rimangono però molto collegate tra loro, infatti ad ogni passo una dipende comunque dalla precedente. I visitatori sono invitati ad intraprendere un percorso che ricalca le tappe principali di quella che possiamo definire come “la storia della follia” partendo dall’antica Grecia e arrivando fino ai giorni nostri.

L’excursus storico rappresenta però solo un pretesto, un espediente architettato al fine di indurre una metamorfosi nel visitatore stesso che da osservatore passivo della follia si trasmuta nel folle stesso.

Tutto questo è permesso attraverso un allestimento che, incentrato sulla grafica base della griglia, crea una serie di situazioni in cui il “matto” è inizialmente diverso da noi, poi è come noi, successivamente uno di noi, ed infine siamo proprio noi. Il cambiamento è lieve, inizialmente, nascosto da un racconto storico intricato che si scioglie proseguendo, fino ad arrivare al totale ribaltamento del concetto iniziale che impone una domanda: “Ma allora chi è il vero folle?”.

Che cos'è la pazzia se non un'evasione, una forma di ribellione da ciò che viene imposto, da una vita definita da regole, confini e codici comportamentali?

Che cos'è se non un espediente creato dal cervello per dimenticare le violenze, i soprusi o la vista di cose talmente brutte che nessuno dovrebbe mai vedere?

Il matto, il pazzo, il folle sono stati da sempre assimilati ai ribelli, agli eretici a chi sceglieva la diversità rispetto all'omologazione, il foglio bianco rispetto al quadrettato, il mondo rotondo rispetto a quello piatto.

E così abbiamo il pazzo bruciato e torturato dall'Inquisizione perché pensava con la propria testa invece di ripetere la lezione dei preti, il folle che sceglieva di amare un individuo dello stesso sesso e finire in manicomio perché andava "contro natura" e il matto che pensa che un giorno riusciremo a conversare in tempo reale nonostante distese chilometriche di mare e di montagne ci separino.

Ma sono Ma
che vengo
comete m
MATTI n
dei pazzzi a

Ma sono fuori di testa tutti questi individui o lo sono chi li giudicano come tali a essere insani di mente?

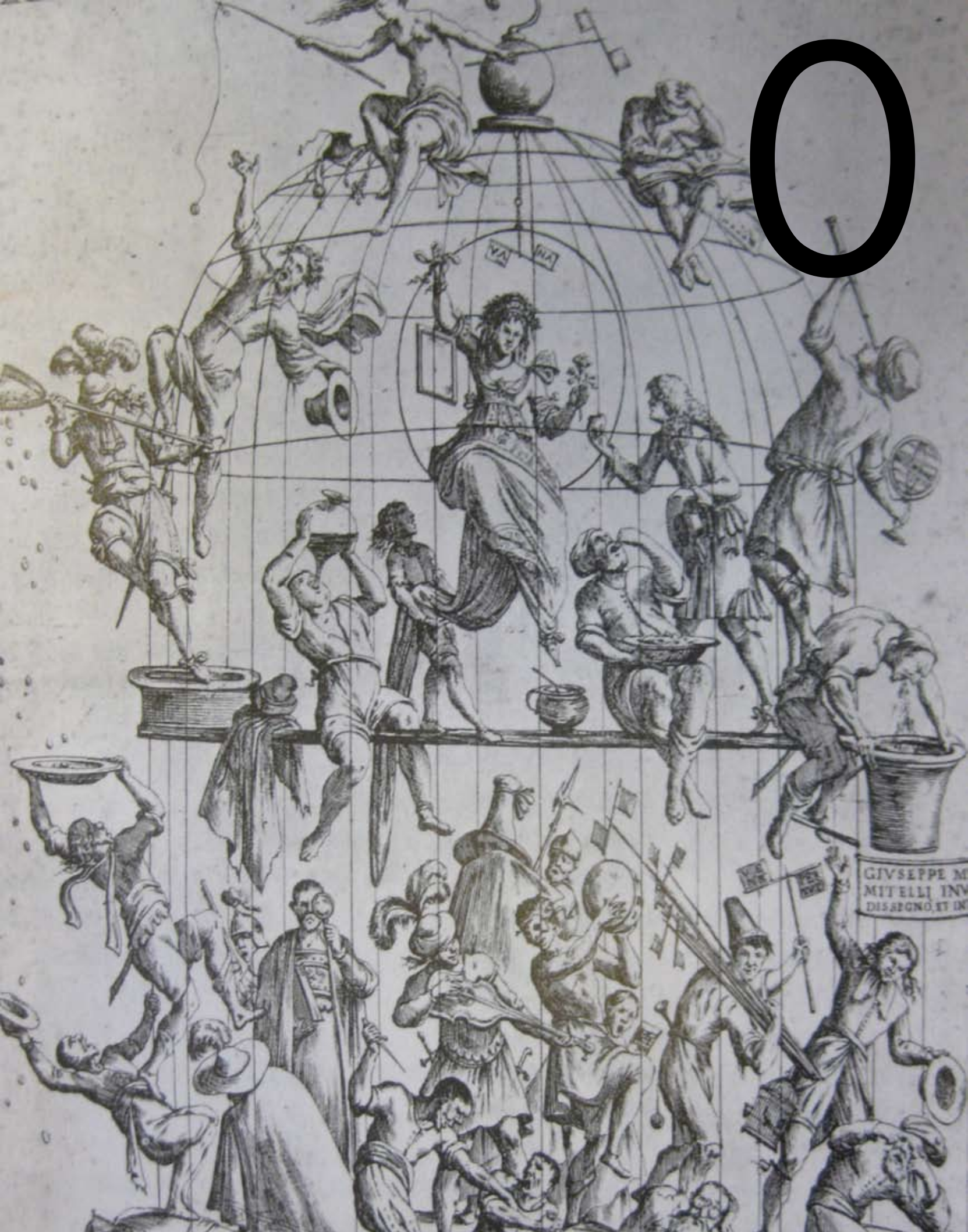
Chi è stato indicato come folle spesso si è poi rivelato come un precursore dei tempi altrimenti definito come visionario, uno che vede lontano capace di inventare cose che un sano di mente non è in grado di comprendere neanche se aiutato da un libretto delle istruzioni.

ma allora Leonardo da Vinci era pazzo a ritenere che l'uomo con l'ausilio di una macchina potesse volare ed era forse ugualmente pazzo Galileo Galilei a credere che due lenti ben disposte potessero farti vedere le cose lontane come se fossero a un centimetro dal tuo naso?

E' pazzia, genialità o entrambe le cose? Chi è pazzo è un genio o chi è genio è pazzo?

E' follia o capacità di andare oltre le cose? E' insanità mentale o solamente il punto di vista differente di chi non accetta confini e convenzioni, di chi vuole astrarsi dalla realtà perchè troppo difficile e doloroso è affrontarla ogni giorno?

Ma tutti i pazzi
definiti
che siamo
MA tutti?
i MA tutti?



GIUSEPPE M
MITELLI INV
DISSEGNO, ET INC

01

Follia nella storia

Nel corso dei millenni è profondamente variato sia il concetto di follia sia la sua interpretazione.

Nel mondo classico la follia era imprescindibilmente legata alla sfera sacra: il folle rappresentava la voce del divino, quindi da ascoltare per interpretarla. Nel Medioevo, invece, il folle diventò il rappresentante del demonio, perciò bisognava liberarlo dal male, in qualche modo esorcizzarlo. Si diffuse la dicotomia spirito-corpo che, nel caso di malattia mentale, impose come primo atto l'intervento riparatorio sul corpo guasto, e proprio per questo motivo incapace di far esprimere lo spirito, e nel caso di insuccesso l'eliminazione fisica del folle. Un'interpretazione diametralmente opposta si ebbe nel Rinascimento, considerato una persona diversa, sia per i valori sia per la sua filosofia di vita, e quindi andava rispettato, lasciato libero. Se nel Medioevo i folli rischiavano il rogo, ancora alla metà del Settecento erano detenuti nelle carceri, poiché mancavano le strutture sanitarie specifiche; proprio in questo periodo, in Francia, in Germania e in Inghilterra si mise in moto un processo lento che consentirà entro una cinquantina di anni, grazie alla promulgazione delle prime leggi apposite, di consegnare i folli ai familiari, o in caso di mancanza,

anche inserirli negli ospedali oppure nei primi istituti specializzati nascenti in quell'epoca. Per quanto riguarda l'approccio terapeutico ai malati, solamente verso la fine del Settecento, in Francia si impose una visione laica nella gestione dei malati di mente, e grazie all'opera fondamentale del dottor Philippe Pinel le ideologie democratiche dell'epoca si riversarono sulla mentalità e sul tipo di controllo da applicare ai folli. Questo fu il periodo in cui la conoscenza delle malattie mentali acquistò una credibilità scientifica, e le innovazioni apportate da Pinel esalteranno l'importanza del rapporto paziente/terapeuta e l'importanza del transfert nella psicoterapia.

In tempi più recenti, dall'Ottocento in poi, emerse la visione, influenzata dal Positivismo, del folle come "macchina rotta", ovvero sia lesionata nel cervello. Nel Novecento Freud con la intuizione della guarigione perseguibile tramite una ricerca interiore ed un rapporto più umano con il terapeuta, con tutta la architettura della psicanalisi nel suo complesso, e Jung, con la sua indagine dei contenuti simbolici degli elementi della follia e l'introduzione degli archetipi per definirla con più chiarezza, mutarono nuovamente la storia del folle e del significato della follia.

IPPOCRATE E LA TEORIA UMORALE

Se la follia ha un simbolo che tutta la racchiude, questo è un dio greco, Dionisio.

Come ogni divinità greca, Dionisio è la raffigurazione di uno stato interiore. In questo stato della mente, lo stato impersonato da Dionisio, la follia regna sovrana ma non ha un volto se non quello, per definizione folle e inafferrabile, del Chaos, dell'ambivalenza o bivalenza.¹[...] Infatti Dioniso potrebbe essere definito il dio o il re delle emozioni nel loro stato sorgivo, nel loro sorgere non si sa da dove e mescolando caoticamente gioia e dolore, vita e morte.

La pulsione è dunque Dionisio ed è una Menade, una follia emozionale che ci afferra visceralmente sorgendo dal corpo e attraversandolo, gioiosa ma potenzialmente anche

triste, e soprattutto pietrificante [...]².

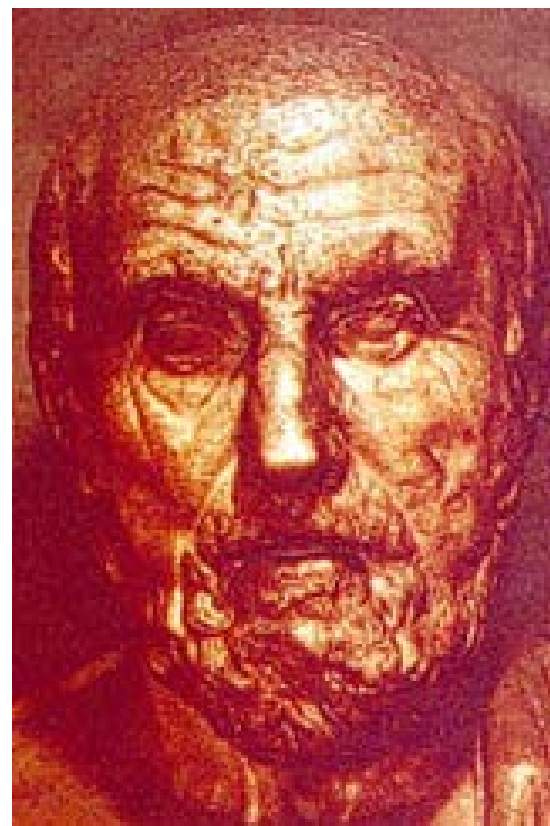
Ai tempi della Grecia classica la follia era considerata come vendetta degli dei sugli uomini, curabile quindi solo grazie a pratiche magico-rituali da parte di sacerdoti.

Il medico greco Ippocrate di Coo (460 AC- 377 AC), il più autorevole del tempio di Asclepio, nell'isola di Kos, fu il primo grande personaggio ad introdurre il concetto innovativo secondo il quale la malattia e la salute di una persona dipendono da specifiche circostanze umane della persona stessa e non da superiori interventi divini.

Ippocrate inventò la cartella clinica, teorizzò la necessità di osservare razionalmente i pazienti prendendone in considerazione l'aspetto ed i sintomi e introdusse, per la prima volta, i concetti di diagnosi e prognosi. Egli credeva infatti che solo la considerazione dell'intero stile di vita del malato permetteva di comprendere e sconfiggere la

FIG. 1
PITTORE DI KLEOPHRADES,
MENADE (PART. DI UN ANFORA CON
MENADI E SATIRI), 500 ca a.C.,
ANTI-KENSAMMLUNGEN, MONACO

FIG. 2
BUSTO DEL MEDICO GRECO
IPPOCRATE DI COO
(460-377 a.C.)



malattia da cui questo era affetto. Ippocrate valorizzò per la prima volta il ruolo conoscitivo del cervello; egli riteneva, infatti, che qualsiasi manifestazione morbosa dovesse essere affrontata razionalmente. Celebre è la discussione sull'epilessia (discussa nel trattato «De morbo sacro»), chiamata appunto all'epoca «malattia sacra» perché ritenuta di origine divina e quindi non curabile con mezzi naturali. Secondo l'autore, infatti, l'appello alla divinità sarebbe solo un modo per mascherare l'ignoranza ed esimersi dalla ricerca delle vere cause.

Nel trattato l'autore descrive con grande precisione la struttura anatomica del cervello precisando come questo sia doppio (come quello di tutti gli altri animali) e diviso da una sottile meninge, e come possa talvolta, per una malformazione embriologica, contenere flegma in eccesso di cui non riesce a purificarsi. Questo fluido, dunque,

attraverso le due grandi vene che giungono al cervello dalla milza e dal fegato per raccogliere l'aria da distribuire, si dirigerà nel resto del corpo ostacolandone la necessaria aerazione. Potrà accadere, ad esempio, che vada verso il cuore, provocando in tal caso palpitazioni ed asma poiché quando il flegma freddo scende verso i polmoni raggela anche il sangue e le vene raffreddate a forza battono contro il petto fino a che sopraggiunge la dispnea.

Da qui nacque la cosiddetta «teoria umorale», secondo la quale il nostro corpo sarebbe governato da quattro umori: sangue (caldo umido), proveniente dal cuore, flegma (freddo umido) originato dal cervello, bile gialla (caldo secco) prodotta nel fegato, bile nera (freddo secco) secreta nella milza. La malattia era dovuta ad uno stato di squilibrio dei quattro umori presenti nell'organismo o solo ad uno di essi, oltre che da fattori esterni, come il clima

o il regime alimentare.

A questi corrispondono quattro temperamenti (flegmatico, melanconico, collerico e sanguigno), quattro qualità elementari (freddo, caldo, secco, umido), quattro stagioni (primavera, estate, autunno ed inverno) e quattro stagioni della vita (infanzia, giovinezza, maturità e vecchiaia). Il buon funzionamento dell'organismo dipenderebbe dall'equilibrio degli elementi, definito eucrasia, mentre il prevalere dell'uno o dell'altro causerebbe la malattia ovvero discrasia.

Oltre ad essere una teoria eziologica della malattia, la teoria umorale è anche una teoria della personalità: la predisposizione all'eccesso di uno dei quattro umori definirebbe un carattere, un temperamento e insieme una costituzione fisica detta complessione:

- il malinconico, con eccesso di bile nera, è magro, debole, pallido, avaro, triste;
- il collerico, con eccesso di bile

gialla, è magro, asciutto, di bel colore, irascibile, permaloso, furbo, generoso e superbo;

-il flegmatico, con eccesso di flegma, è beato, lento, pigro, sereno e talentuoso;

-il tipo sanguigno, con eccesso di sangue, è rubicondo, gioviale, allegro, goloso e dedito ad una sessualità giocosa.

L'infinita possibilità che gli elementi hanno di combinarsi fra loro è all'origine degli infiniti caratteri riscontrabili nella natura umana. Gli umori, inoltre, sono soggetti a prevalere o a diminuire a seconda dei momenti della giornata, delle stagioni e delle età della vita. Il sangue, ad esempio, prevale in primavera, la collera in estate, la flemma in autunno e la bile nera in inverno.

Molti pazienti con sintomi riconducibili a quelli indicati da Ippocrate, venivano curati cercando di far bilanciare la presenza dei quattro umori nel corpo. A tale scopo

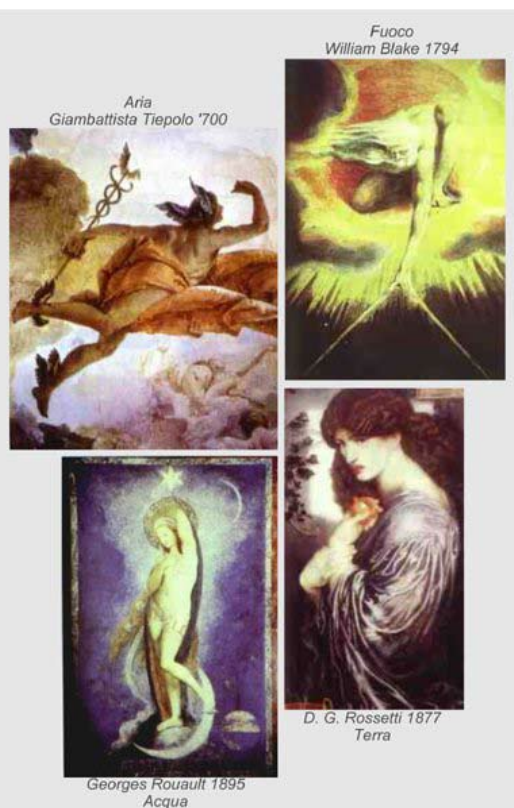
era stata inventata addirittura una «sedia rotante» su cui veniva fatto salire il paziente; questa sedia era in grado di ruotare ad alta velocità, in modo che alla fine del «trattamento» il paziente si trovasse con gli umori mescolati e quindi nuovamente bilanciati.

Oltre a ciò esistevano trattamenti di tipo fisico: bagni caldi e freddi, salassi, unguenti, purganti.

Più tardi, attraverso i medici greci e soprattutto con Galeno (129-200 ca. d.C.), che riprese la teoria umorale di Ippocrate, queste ipotesi e queste pratiche giunsero anche a Roma, dove rimasero dominanti fino alla caduta dell'impero.

Galeno ampliò tentando di corroborare la teoria umorale attraverso studi scientifici basati sulla dissezione di animali e sull'osservazione di cadaveri morti di morte violenta (ad esempio in battaglia). Egli sosteneva che principio fondamentale di vita era pneuma (aria, alito, spirito), corrispondente al sangue.

FIG. 3
I QUATTRO ELEMENTI DELLA
FILOSOFIA ANTICA CHE FUNSERO
DA BASE PER LO SVILUPPO DELLA
TEORIA UMOREALE



Pertanto il cuore, essendone la sede, doveva essere la sede della vita e dello spirito (ciò che più tardi si chiamerà anima). Riflettendo sulla bile nera affermò che la separazione di questa nel corpo, l'«umor melanconico», può causare la melancolia, l'antrace o l'elefantiasi. Fu artefice di un clamoroso errore: ritenne completamente separate la circolazione del sangue arterioso e di quello venoso e proclamò che i salassi, asportando l'eccesso di sangue, erano in grado di riequilibrare gli umori.

La dottrina umorale benché abbia esercitato un'influenza prolungata sulla medicina e sulla concezione dell'uomo è la parte più caduca dell'eredità ippocratica. Basti dire che non esisteva una teoria umorale condivisa da tutti i medici ippocratici ma che la loro diversità d'opinione sul numero e sulla natura degli umori che costituivano la natura dell'uomo era uguale alla diversità delle opinioni dei filosofi

presocratici sugli elementi costitutivi dell'universo.

Sebbene la scienza moderna abbia completamente smentito le teorie di Ippocrate e dei suoi seguaci, esse furono dominanti fino al Rinascimento. Di questa egemonia sopravvivono ampie tracce nel linguaggio moderno: il cuore è comunemente indicato come la sede dei sentimenti e in particolare dell'amore che, poeticamente, è «alito di vita»; malinconia è un sentimento di tristezza ma anche una grave forma di depressione; collera e flemma descrivono ancora oggi irascibilità e pigrizia; il collerico «si rode il fegato» oppure «è giallo dalla rabbia» (l'ittero è sintomo di malattia epatica caratterizzata dalla colorazione giallognola).

Influenze della teoria umorale sono tuttora presenti in varie forme di medicina alternativa come ad esempio la medicina naturopatica.

IL MEDIOEVO E LE CREDENZE POPOLARI

Per tutto il Medioevo il folle è appartenuto al sacro, una manifestazione di Dio o del demonio, una maschera del mistero, e pertanto rispettato anche se poteva intimorire.

Era difficile separare il folle di Dio dall'indemoniato, come del resto stabilire se una malattia somatica era da attribuire agli «spiriti» del male che accumulandosi nel corpo lo corrompevano. Il folle esprimeva l'antagonismo tra «bene» e «male», e rappresentava un'occasione per vincere il demonio.

Il trattamento della follia era dunque di tipo mistico-religioso, praticato dai sacerdoti del tempio che tentavano di alleviare i sintomi con riti e preghiere.

Fu così che la gestione della malat-

tia mentale, soprattutto femminile, passò dai medici alla Chiesa, o meglio, ai suoi esorcisti e inquisitori. Ai folli veniva vietato l'ingresso nelle chiese e le persone indemoniate, specialmente le donne, venivano bruciate sul rogo, come streghe (per la cronaca, l'ultimo rogo per stregoneria è stato effettuato in Polonia, nel 1793).

I malati mentali venivano considerati indemoniati, perché la forza malvagia, insinuandosi negli umori, contagiava il corpo: l'uccisione con il rogo o l'impalamento permettevano di distruggere il corpo dell'indemoniato, così che l'anima, finalmente liberata, potesse salire fino a Dio.

[...]Esisteva inoltre il cosiddetto *Festum Fatuorum*, la «Festa dei folli», la quale si svolgeva, per uno o più giorni, tra Natale e l'Epifania, dunque nel periodo del Capodanno, passaggio tra il vecchio e il nuovo anno, e che poteva avere anche altri nomi come per esempio Asi-

naria Festa, «Festa dell' Asino», oppure «Festa degli Innocenti», «dei Bambini», dei «Diaconi». Questo evento ha attraversato i secoli, pur se comunque raggiunge l'apice nel medioevo per poi scomparire nel XVI secolo, e ha il carattere di una celebrazione liturgica che la Chiesa imponeva.

La pur straordinaria incisione di Pieter Bruegel il Vecchio, pittore fiammingo vissuto nel Cinquecento, intitolata *La Festa dei folli*, non traduce pienamente le peculiarità di questa cerimonia. Essa si svolgeva infatti all'interno delle chiese, e insieme al popolo vi partecipava il clero. Festa di veri eccessi, e soprattutto di caotico «rovesciamento» dei ruoli ordinari, in essa i sacerdoti e i chierici danzavano, intonavano canti osceni, si travestivano da donne, da stolti, da bestie più o meno mostruose, insomma «si capovolgevano» entro ruoli opposti a quelli usuali, mentre all'inverso i misrabili, gli straccioni e



FIG. 4
ANONIMO,
IL MONDO SOTTO IL BERRETTO
DEL MATTO, 1600 ca,
GERMANISCHES
NATIONALMUSEUM,
NORIMBERGA



FIG. 5
FOU ENTRE DEUX DEMONS,
DAL SALMO DIXIT INSIPIENS,
SALTERIO DI BLANCHE DE CASTILLE,
META' XII SEC., PARIS

FIG.6
PIETER BRUEGEL,
LA FESTA DEI FOLLI, 1561,
BRITISH MUSEUM, LONDRA.
INCISIONE



altri emarginati (per esempio gli epilettici), o talvolta i bambini, venivano vestiti da frati e da vescovi e tra di loro era eletto un *Episcopus puerorum* o *innocentium*, il «vescovo dei fanciulli» o «degli innocenti», detto altrimenti «Papa dei pazzi».

Il vissuto di rivincita da parte de deboli è qui evidente, tanto è vero che alla Festa de folli non partecipava tutto il clero, ma soprattutto il basso clero, sospinto dal desiderio di una simbolica rivalsa nei confronti del clero più alto. [...]¹.

Nel Cinquecento ci sono i prodromi di un mutamento della gestione della follia e dell'affiorare di una visione che la pone tra le manifestazioni terrene. L'Europa viene percorsa dalle «navi dei folli», che vagano da città in città senza trovare luoghi stabili dove poter lasciare il loro doloroso carico.

«...egli è prigioniero in mezzo alla più libera, alla più aperta delle strade: solidamente incatenato

all'infinito crocevia. E' il passeggero per eccellenza, cioè il prigioniero del Passaggio. E non si conosce il paese al quale approderà, come, quando mette piede a terra, non si sa da quale paese venga.

Egli non ha né verità né patria se non in questa distesa infeconda fra due terre che non possono appar- tenergli».

Di norma su questi battelli venivano caricati i folli stranieri, quelli di cui le varie città non potevano farsi carico, mentre assicuravano, nel limite delle possibilità, assistenza ai propri concittadini bisognosi di aiuto.

Queste navi, che sono probabilmente realmente esiste, quasi certamente erano navi di pellegrinaggio, il cui scopo era quello di «cercare» la ragione che queste povere anime avevano perso.

Vi era anche un aspetto connesso alla realtà dei fatti: l'allegoria della nave dei folli. La pazzia, intesa

come metafora del viaggio, veniva riconfermata attraverso un mito letterario, il poema satirico di Brandt, «*Das Narrenschiff*» pubblicato nel 1494. [...]L'opera narra il viaggio che tutti i folli sono chiamati a intraprendere verso Narragonien, il «Paese dei pazzi» («*Mattagonia*» o «*Narragonia*»), passando per *Schlaurafenland*, il «Paese di Cucagna», finendo poi per affogare miseramente durante il viaggio.

Appassionanti sono le incisioni allegate all'opera, le quali, dopo molti dibattiti, si ritiene oggi che per almeno un terzo siano da imputarsi a Durer mentre alle restanti avrebbero lavorato almeno altri tre incisori. E queste incisioni si inaugurano proprio con l'immagine fluttuante della nave degli stolti, dove la ciurma sembra muoversi e ondeggiare al pari del mare sopra al quale scivola, trascinata inconsapevolmente dalla misteriosità della vita, dall'intensità delle emozioni, rispetto a cui, invece di tentare una



7

8



FIG. 7-8
 INCISIONE,
 SEBASTIAN BRANT,
 DAS NARRENSCHIFF (LA NAVE DEI FOLLI), 1494

presa di coscienza, sfugge attuando comportamenti che agiscono come distrazioni, come palliativi e come vere follie. [...]².

La natura allegorica di tali credenze e pratiche risiedeva in due temi archetipici: il viaggio come dimensione fondamentale della vita e l'acqua come elemento di purificazione e di rinascita.

[...] Ma il mare sempre riemerge ed ecco quindi che, simili a onde, sfilano le «carnascialesche» verità nascoste, vale a dire l'agire delle pulsioni di cui la realtà ordinaria si rivela semplice travestimento: si pensi, per esempio, alla critica mossa ai vecchi, a quelle rivolte al clero, alla critica verso i pettegoli e a quella indirizzata ai genitori. In questa prospettiva, vera follia è crederci non folli, e l'accento non cade mai sui veri e propri asociali. [...]³.

Il campo in cui più la figura del folle ebbe successo fu sicuramente la pittura; tanto che la rappresen-

tazione della follia fu codificata da geni visionari come Bosch.

Egli è l'autore di un quadro fondamentale, la «Nave dei Follie», attorno a cui Foucault fa ruotare la propria interpretazione dell'esperienza medioevale della follia, analizzandone i significati impliciti.

Nel dipinto di Bosch il folle è in tutto e per tutto stereotipo della sregolatezza e dell'insensatezza della condizione umana, reso protagonista di un viaggio insulso alla volta del nulla, o forse del sapere universale.

La navigazione è al contempo simbolo dell'isolamento e della purificazione, preludio dell'internamento e rito misterioso che si riconduce ad antiche magie e cabale che nel Medioevo affiancavano costantemente l'immagine del folle.

Al fianco del viaggio verso l'ignoto, nella rappresentazione della follia di Bosch troviamo anche la tendenza a raffigurare animali fantastici e il più delle volte mostruosi, uomi-

ni dai visi deformi e dagli arti mutilati, ed una serie di altre visioni sconcertanti in cui sono sfogate le paure inconscie della società sua contemporanea.

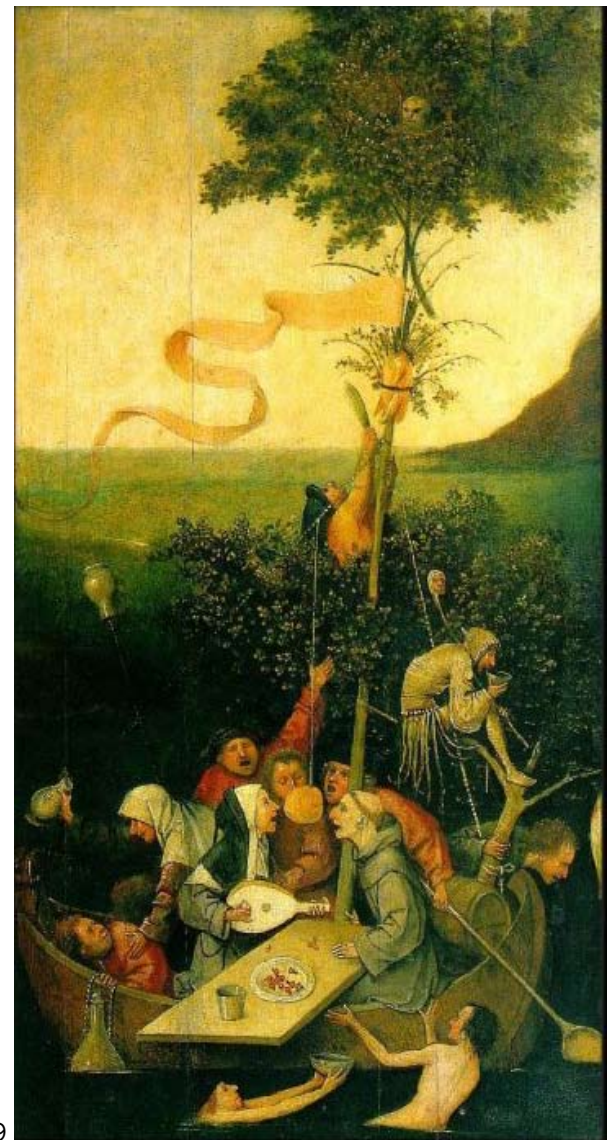
Le figure fantastiche diventano allegoria delle incertezze dell'uomo, dell'incapacità di rispondere alle domande della vita, anche se a volte sono semplicemente sfruttate per la satira sociale o per l'esaltazione del mondo alla rovescia carnevalesco.

Rimanendo sempre tra i dipinti di questo pittore, uno profondamente ironico e dissacrante sul tema della follia è «La cura della follia» del 1475-1480. [...] Il medico chirurgo, infatti, ha per copricapo un imbutto, simbolo, più che di stoltezza, di falsa sapienza, ed è assistito da un religioso e da una donna, quest'ultima recante in bilico sul capo un libro di medicina. Questa donna sembra meditare sulla stupidità terrena anche se il suo sapere, appunto, resta soltanto «libresco»,

cioè non tale da porre in crisi quell'atto chirurgico assurdo che diventa simbolo, in fondo, di molti altri atti e comportamenti umani, ovviamente non solo di tipo medico. Peraltro il fiore che fuoriesce dal cranio (un tulipano palustre), probabile allegoria del denaro, così come la borsa dell'ammalato trafitta dal pugnale, insieme inoltre alla forca e alla ruota di tortura presenti sullo sfondo, indicano che quell'atto, sotto la parvenza di un interesse verso la persona, cela in realtà la mira ad «estrarre» soldi. L'invito dunque sembra essere quello a non fidarsi dell'interessamento dimostrato dagli altri, a non essere inutilmente ingenui o «sempliciotti». E infatti la scritta in gotico tedesco, che inizia nel lato superiore del dipinto proseguendo nel lato inferiore, recita: «Maestro, cava fuori le pietre (della follia); il mio nome è bassotto castrato (credulone)». Bisogna inoltre segnalare che il paziente, avendo il

busto incurvato all'indietro, ha la postura classicamente attribuita al maniacale, postura cosiddetta ad arc de cercle, la quale compare con continuità attraverso le epoche estendendosi fino alle pazienti isteriche di fine Ottocento. Secondo questa chiave di lettura, se il paziente seduto è metafora della melanconia, oltre che della filosofia, laddove il frate rappresenta invece il sapere e il potere della Chiesa. [...]»⁴. Si può affermare, quindi, che la natura della follia era squisitamente sociale. Attraverso l'impatto sulla società di tali individui è possibile comprendere le dinamiche tra la coppia di opposti. In altri termini la follia, nel medioevo, trovava il suo senso d'essere non tanto per la fenomenologia soggettiva del delirio ma nel significato sociale che essa riveste.

FIG. 9
HIERONYMUS BOSCH,
LA NAVE DEI PAZZI, 1490-1500,
LOUVRE, PARIGI.
OLIO SU TAVOLA, 57,8x32,5 cm



9



11



FIG. 10
HIERONYMUS BOSCH,
LA CURA DELLA FOLLIA, 1475-1480,
MUSEO DEL PRADO, MADRID.
OLIO SU TAVOLA 48x35 cm

10

FIG. 11
ANONIMO,
SAN FRANCESCO SALVA I MARINAI DALLA FAME,
1240 ca, SANTA CROCE, FIRENZE

27

L' ETÀ DELL' INTERNAMENTO

E' con l'avvento dell'Età Classica e con le riflessioni di Cartesio e di Montaigne che l'orizzonte medioevale della follia comincia a restringersi, e l'autorità del pensiero prevale sull'interpretazione allegorica della follia:

«Se l'uomo può sempre essere folle, il pensiero, come esercizio della sovranità da parte di un soggetto che si accinge a percepire il vero, non può essere insensato.

Viene tracciata una linea di separazione che renderà ben presto impossibile l'esperienza di una Ragione sragionevole e di una Sragionevole ragione».

La follia comincia ad allontanarsi dalla comunità, e ben presto i privilegi culturali ed il potere di sugge-

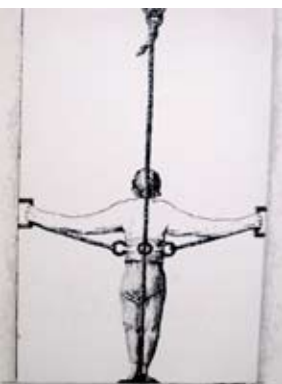
stione del folle lasceranno spazio alla sua visione come minaccia, o semplicemente come individuo superfluo da allontanare e rimuovere dalla coscienza sociale.

Le strutture lasciate libere dai lebbrosi rivelano finalmente la loro utilità nell'accogliere una vasta umanità di individui respinti dalla città, diventando ospedali ed al contempo carceri per individui di ogni tipo ed estrazione sociale.

Emblema delle nuove strutture dedicate all'isolamento è l'Hôpital Général de Paris, fondato nel 1656, che viene definito da Foucault «il terzo stato della repressione». Si tratta appunto di uno dei primi ospedali destinati ad accogliere e «correggere» i folli e gli alienati, ma è in realtà l'emanazione di un'autorità assoluta che il re crea ai limiti della legge tra la polizia e la giustizia. Fin dall'inizio è evidente che non si tratta di un'istituzione medica, ma di una sorta di entità amministrativa dotata di poteri au-

tonomi, che ha diritto di giudicare senza appello e di applicare le sue leggi all'interno dei propri confini. I malati sono trattati senza rispetto per le condizioni in cui versano, e tutta l'organizzazione ricorda molto da vicino quella di un carcere. La loro condizione spesso è terribile, come descrive Esquirol dopo aver ispezionato alcune carceri francesi:

«Io li ho visti nudi, coperti di stracci, senz'altro che un po' di paglia per proteggersi dalla fredda umidità del selciato sul quale sono distesi. Li ho visti grossolanamente nutriti, privati d'aria per respirare, d'acqua per spegnere la loro sete, e delle cose più necessarie alla vita. Li ho visti in balia di veri carcerieri, abbandonati alla loro brutale sorveglianza. Li ho visti in stambugi stretti, sporchi, infetti, senz'aria, senza luce, rinchiusi in antri dove si temerebbe di rinchiodere le bestie feroci...».¹



12



13

FIG. 12-13-16
IMMAGINI DI TORTURE AGLI INTERNATI,
BIBLIOTECA C. LIVI, REGGIO EMILIA

FIG. 14
VISTA DE L' HOPITAL ROYALE DE LA
SALPETRIERE (HOPITAL GENERAL DE
PARIS), JACQUES RIGAUD, 24x18

FIG. 15
RAPPRESENTAZIONE DEL CARCERE
PANOTTICO DI JEREMY BENTHAM,
1791, INGHILTERRA



14

E' qui che nasce davvero l'esperienza dell'internamento, destinata ad essere emblema di tutto il modo di pensare e di reagire alla follia durante l'Età Classica.

Ben presto le case di correzione cominceranno a diffondersi dappertutto, in Francia e in Europa, e a diventare strumento del potere, che non esiterà a ricorrere ad arbitrarie misure d'internamento: nell'arco di breve tempo un parigino su cento vi si troverà rinchiuso.

In Gran Bretagna l'ospedale di Bethlehem viene riservato ai "lunatici e malinconici" purché non siano considerati incurabili; le grandi medicazioni vengono applicate stagionalmente, tutti insieme, una sola volta all'anno, nel periodo simbolico della primavera; scrive il direttore nel 1783:

«I malati devono essere salassati al più tardi alla fine del mese di maggio, secondo il tempo che farà; dopo il salasso devono prendere dei vomitivi, una volta alla settimana, per un certo

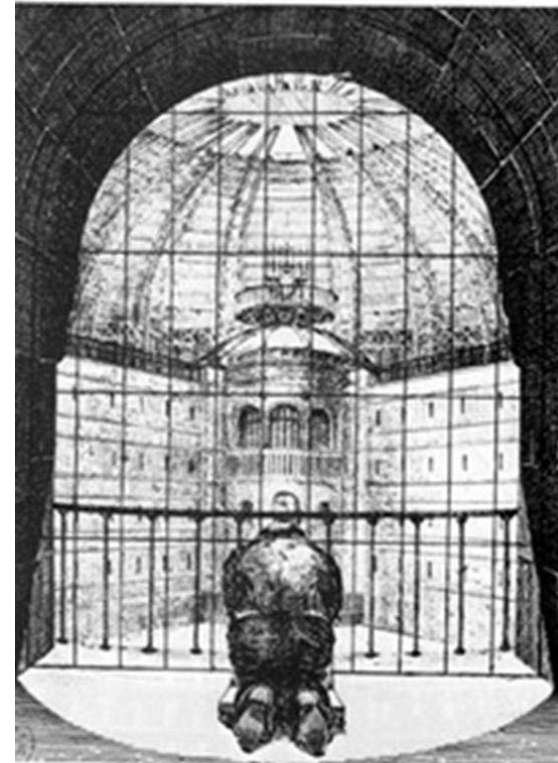
numero di settimane. Dopo di ciò li purghiamo. Questo metodo fu praticato per anni prima di me, e mi fu trasmesso da mio padre; non conosco miglior sistema.»

In Inghilterra le cose non sono molto diverse; scrive Tuke alle fine del settecento, dopo aver visitato la casa di internamento di Bethlehem: «...Il sovrintendente non ha mai riscontrato grandi vantaggi nell'uso della medicina....egli pensa che il sequestro e la coercizione possano essere con vantaggio imposti a titolo di punizione, e ritiene in linea generale che la paura è il principio più efficace per ridurre i folli ad una condotta tranquilla.»

Anche se la destinazione rimane sempre la stessa e cioè il ricovero indifferenziato nelle case di internamento o in prigione, le diagnosi nella seconda metà del settecento cominciano a differenziarsi, dando origine ai primi tentativi di definizione e catalogazione della malattia mentale che saranno in seguito

esasperati dal positivismo e dalla prima psichiatria dell'ottocento.

I registri dell'internamento cominciano a riportare motivazioni di ricovero come le seguenti: "visionario che si immagina di avere delle apparizioni celesti", "illuminato che ha rivelazioni", "imbecille a causa di orribili stravizi", "imbecille che parla in continuazione", "afferma di essere imperatore dei turchi", "afferma di essere il papa", "imbecille senza alcuna speranza di risanamento", "afferma di essere perseguitato da persone che vogliono ucciderlo", "fabbricante di progetti in continuo", "testa balzana", "folle che vuole presentare istanza al parlamento", "uomo continuamente elettrizzato a cui si trasmettono le idee altrui", "litigioso ostinato", "uomo cattivissimo e cavilloso", "uomo che passa i giorni e le notti ad importunare gli altri con le sue canzoni e le bestemmie", "satirico", "gran bugiardo", "spirito inquieto", "infelice e burbero", "mente scon-



Jeremy Bentham's Panopticon: A prison where the prisoner is always visible, always under the surveillance and the power of the State.

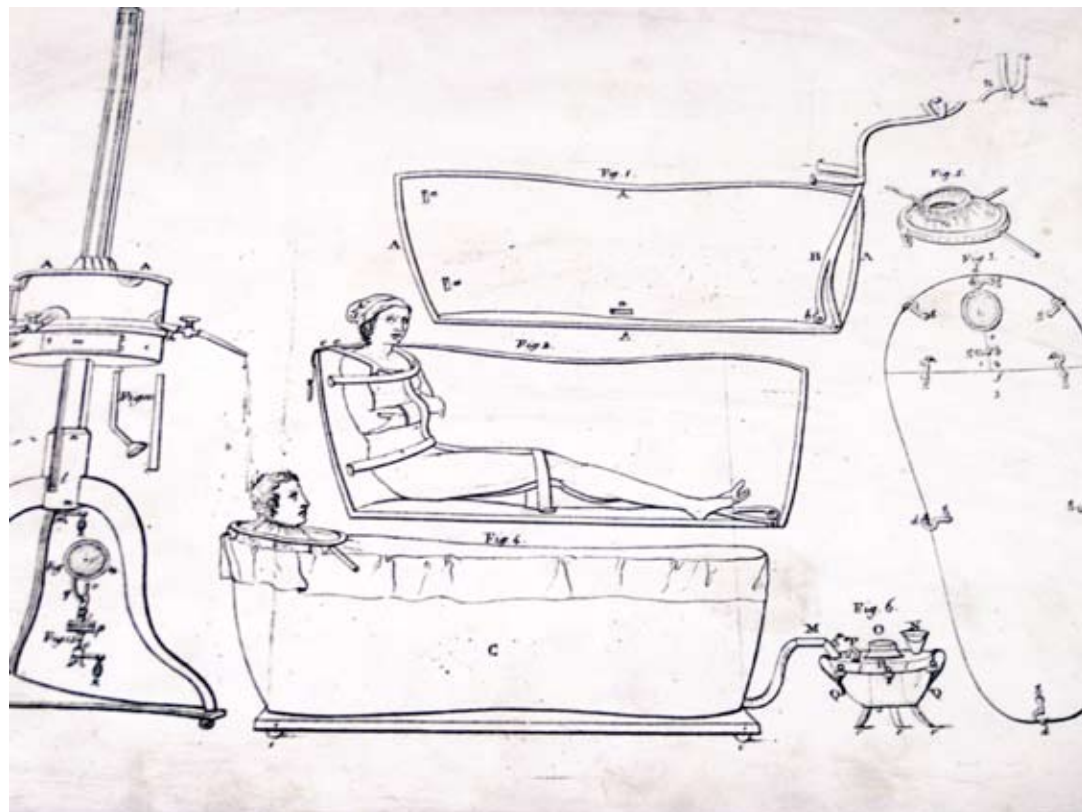
15

volta che crea devozioni a suo capriccio", e così via.

Solo in Spagna le cose vanno un pò diversamente e questo avviene a causa dell'influsso della cultura araba, nella quale la cura della malattia mentale ha origini molto più antiche.

Documenti storici testimoniano infatti l'esistenza di un ospedale destinato ai folli, fondato nel settimo secolo a Fez; nell'undicesimo secolo a Bagdad; nel dodicesimo secolo al Cairo. In tutti questi ospedali si pratica una "cura dello spirito" in cui intervengono vita a contatto con la natura, musica, danza, spettacoli ed audizione di racconti meravigliosi; sono medici che dirigono la cura e stabiliscono le dimissioni dopo aver certificato la guarigione o il miglioramento.

Gli ospedali spagnoli risentono fortemente di questo influsso; quelli di Valenza (fondato nel 1409), e Saragoza (fondato nel 1425), ancora quattro secoli dopo suscitano



16

l'ammirazione di Pinel che li visita evidenziando «..la vita di giardino che ritma lo smarrimento degli spirito con la saggezza stagionale».

Nel resto d'Europa, come si è detto, l'internamento continua a non avere finalità terapeutiche, e le sentenze di ricovero vengono prese dai giudici senza ricorrere a perizie mediche.

In Francia in particolare nasce, agli inizi del seicento, la terribile usanza delle "lettres de cachet", un documento col quale la famiglia, i vicini di casa, conoscenti, il curato della parrocchia e chiunque sia interessato, può richiedere l'internamento di una persona che causa disturbo, disordine o problemi; il giudice non ricorre a perizia medica e, nella maggior parte dei casi, si limita a ratificare con la propria sentenza queste richieste.

Questa usanza, che, come è intuibile, si presta a crudeli ingiustizie e vendette personali o politiche, viene abolita solo nel 1784 su istanza

del parlamentare Breteuil.

Un'altra grande caratteristica dell'età Classica fu trovare nell'espiazione del lavoro una solida giustificazione alla costruzione delle case d'internamento.

Nella concezione cristiana il lavoro è un'espiazione che l'uomo è costretto a pagare in seguito al peccato originale, ed ha quindi valore di penitenza e riscatto. Il povero, il folle e tutti coloro che nella società del XVII secolo erano refrattari alla logica del lavoro «tentavano oltremisura la potenza di Dio»:

dal momento che la grazia è concessa quotidianamente all'uomo in virtù del suo lavoro, non lavorare era come forzare in un certo senso la grazia divina. L'ozio e la pigrizia diventano quindi emblema del male e dell'eresia nell'Età Classica, e non a caso la follia è vittima di questa concezione.²

Mentre nel Medioevo la sensibilità verso il folle era legata a trascendenze immaginarie, ora il folle è

giudicato secondo l'etica dell'ozio, ed in virtù della sua inutilità sociale viene condannato ed escluso, insieme ai poveri, ai malati ed ai criminali. Vediamo quindi come l'Età Classica abbia neutralizzato in un colpo solo e con efficacia sicurissima, tanto più sicura quanto più cieca, coloro che noi normalmente distribuiamo nelle prigioni, nelle case di correzione, negli ospedali psichiatrici o negli studi degli psicoanalisti. Il mondo degli internati era costituito da ogni sorta di personalità, ed entrando in uno qualunque dei numerosissimi edifici dedicati all'alienazione si potevano incontrare folli, criminali, dissidenti politici fra le varie migliaia di persone che vi erano rinchiusi.

Nell'internamento non ci si chiede se ad essere colpita è la ragione: ogni forma sociale che si scontra contro la lucida razionalità secentesca viene imprigionata.

Anche certe stravaganze «libertine» come quelle di De Sade saranno vi-

ste affini con la problematica della follia e del delirio; saranno ammesse facilmente la magia, l'alchimia, le pratiche profanatrici e pure certe forme di sessualità verranno apparentate con la sragione.

L'omosessualità e la sodomia erano punite come sintomi di follia, e l'Età Classica giunse a imporre una distinzione fra amore di ragione e quello di sragione, ponendo l'omosessualità entro i confini di quello di sragione.

Finora l'analisi della strutture e dei criteri dell'internamento lascia supporre che alla follia si siano applicate misure di correzione generali e indifferenziate per aver misconosciuto la sua natura, senza riconoscerne i segni positivi. Ma in realtà questa cecità propria dell'Età Classica nasconde una coscienza precisa ed esplicita.

Sebbene dopo due secoli di internamento ci si sia resi conto che la «confusione» applicata nel XVII secolo alla reclusione era assoluta-



FIG. 17
DOCUMENTO "LETTRES DE CACHET",
FRANCIA,
INIZI 1600

mente arbitraria ed il più delle volte profondamente sbagliata, bisogna analizzare il perché di questo errore, e soprattutto mettere in luce l'omogeneità di un processo che si è cominciato a criticare soltanto dopo la sua conclusione.

Analizzando i libri dell'internamento ci si accorge che una delle parole più usate per caratterizzare il folle era quella di «furioso», già termine tecnico della giurisprudenza e della medicina.

«Nell'internamento esso fa allusione a tutte le forme di violenza che sfuggono alla definizione rigorosa del delitto e alla sua catalogazione giuridica; esso mira ad una specie di regione indifferenziata del disordine, a tutto il dominio oscuro di una rabbia misteriosa che appare al di qua di una possibile condanna». Sebbene ciò possa apparire una nozione confusa, è abbastanza per motivare alcuni aspetti polizieschi e morali dell'internamento, e a farci comprendere come una follia

che era misconosciuta nell'ambito della malattia fosse accomunata al libertinaggio o alla dissolutezza.

Ciò non giustifica però la totale assenza di cure mediche specifiche all'interno delle case di correzione, dove i medici erano presenti solo ed esclusivamente in virtù di un decreto che era poi lo stesso che regolava la sanità delle prigioni.

La gente non veniva rinchiusa per guarire, dal momento che il problema non veniva nemmeno posto, ma solo per terminare i propri giorni secondo le abitudini della vita correzionaria e lontana dalla società. «In tutti gli ospedali od ospizi sono stati abbandonati agli alienati alcuni edifici vecchi, cadenti, umidi, mal disposti e non costituiti a questi fine... in un piccolo numero di ospizi, dove si rinchiodono i prigionieri nei padiglioni detti di forza, questi internati abitano coi prigionieri e sono sottoposti allo stesso regime».

La sottile presenza della concezio-

ne della follia come malattia, seppur ridotta e limitata, è contemporanea alla generale concezione della follia come appartenente all'internamento, all'alienazione ed alla punizione.

Secondo Foucault è proprio questa giustapposizione che pone il problema della follia durante l'Età Classica, e che contemporaneamente può servire per comprendere a fondo quale fosse lo statuto del folle in quest'epoca.

Da un lato, nonostante le attuali conquiste mediche e psicanalitiche nel campo della sragione, non si può ignorare il fatto che da sempre la follia non si è mai esaurita nel dominio della medicina. Il folle non ha mai avuto bisogno delle determinazioni della medicina per accedere al proprio reame di individuo, ed anzi lo ha ottenuto nel Medioevo in un ambito del tutto estraneo alla cultura medica e correzionaria.

Con la Renaissance il folle cominciava ad essere definito in una pro-

spettiva propria e molto più individuale, dove l'aspetto della malattia si configurava per la prima volta nella sua immagine.³

L'Età Classica ha riassorbito il folle confondendolo nuovamente in un orizzonte generale, ma questa volta si tratta dell'orizzonte generale dell'internamento e della cura, anche se nelle sembianze della punizione e della mescolanza con personaggi che nulla hanno a che vedere con la follia vera e propria, o per meglio dire, medica.

L'involutione dell'Età Classica dunque, pur mantenendo tutti i suoi aspetti negativi ed i suoi clamorosi errori, è il passaggio necessario alla moderna coscienza medica della follia, che prende a sua volta le mosse dall'isolamento e dall'ospedale psichiatrico come principio di cura. Non è giusto riconoscere all'internamento i caratteri della modernità solo liberandolo dei caratteri punitivi e di imprigionamento, ma ugualmente non si deve ne-

gare l'originale esperienza classica della follia che, privata della sua individualità, si appresta ad entrare nel campo della cura medica.⁴

In definitiva l'internamento emblema dell'Età Classica si configura particolarmente come punizione etica, così come nell'orizzonte etico si pone l'intera problematica della follia. Non ci si deve stupire dell'indifferenza che nel XVII secolo viene opposta alla separazione di follia e colpa, di alienazione e malvagità. Essa non deriva da un sapere insufficiente, ma da un'equivalenza decisa lucidamente: follia e delitto non si escludono, ma si implicano l'un l'altro.

Nel mondo dell'internamento la follia non spiega e non scusa niente; essa entra in complicità col male per moltiplicarlo, per renderlo più insistente e pericoloso, per prestarli nuovi volti.

La follia che non intende esserlo o la semplice intenzione senza follia hanno lo stesso trattamento, forse

perché hanno oscuramente la stessa origine: il male o perlomeno una volontà perversa. Così, poco importa sapere se la ragione è stata effettivamente colpita, l'importante è punire il cedimento di volontà che è alla base della follia.

L'entrata della volontà nell'orizzonte della follia non è esplicita nei testi che si sono conservati fino ad ora, ma si tradisce attraverso le motivazioni e le modalità dell'internamento.

La follia è offesa alla morale.

La follia è anche scandalo della condizione umana abbassata a quella animale, il rinnegamento di quei valori che fin dall'antichità distinguevano l'uomo dalle bestie e gli donavano la dignità di cui l'Età Classica faceva manifesto.

L'animalità è il limite assoluto della ragione incarnata e lo scandalo stesso della condizione umana.

«La psichiatria positiva del XIX secolo, ed anche la nostra, se hanno rinunciato alle pratiche, se hanno

lasciato da parte le conoscenze del XVIII secolo, hanno ereditato segretamente tutti quei rapporti che la cultura classica nel suo insieme aveva instaurato con la sragione; li hanno modificati e spostati; 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.

CLINICA PSICHIATRICA TRA '800 E '900

Fu solo nel XVII secolo che i malati psichici, per la prima volta, furono riconosciuti come tali e la psichiatria fu considerata una scienza medica, completamente libera dai ganci della religione.

Tuttavia, la malattia mentale era ancora considerata inguaribile, progressiva e, soprattutto, incomprendibile.

In Toscana è il 9 maggio 1788 quando all'ospedale di Bonifazio di Firenze, riservato ai folli, entra Vincenzo Chiarugi, primo psichiatra italiano. Il 25 agosto 1793 Philippe Pinel prende servizio all'asilo di Bicêtre a Parigi, con il compito di occuparsi della follia.

Per rendere possibile un trattamento specifico era necessario poter individuare la follia tra le altre forme di emarginazione, e seguirne

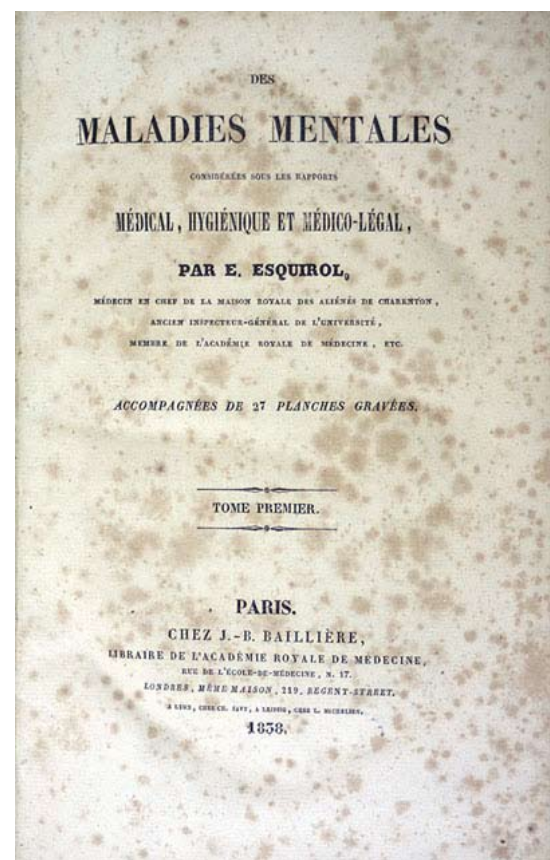
il decorso in modo da conoscerne manifestazioni ed esiti.

Per questo i primi psichiatri «liberano» gli alienati dalle catene e dal sistema coercitivo, come premessa ad un diverso intervento.

Riconosciuta e meglio difesa la loro dignità di malati, inizia la clinica psichiatrica, cioè la nosografia e la terapia. Gli asili diventano luoghi di cura e, dunque, residenze transitorie per la follia. Nascono i primi Trattati: quello del Chiarugi, *“Della pazzia in genere e in ispecie”*: trattato medico analitico con una centuria di osservazioni del 1793-94; quello di Philippe Pinel: trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale o sulla mania del 1800.

Gli asili vengono ora progettati tenendo conto dei criteri di cura.

La salle des bains de la Maison royale de Charenton era ampia e, per quel tempo, all'avanguardia. Lastricata in pietra, era divisa da tramezze in legno per separare i bagni l'uno dall'altro. La caldaia per ri-



scaldare l'acqua si ergeva in fondo alla sala tra le due file di stanzette dove venivano introdotti i «bagnanti». Sulla destra della caldaia si trovava un serbatoio per l'acqua fredda da cui partiva un tubo in rame che si portava, dividendosi, sopra ciascun bagno. Tubi in piombo conducevano l'acqua calda e fredda in ciascun bagno e l'acqua usciva da rubinetti in rame, in modo da permettere di portare sulla testa acqua fredda mentre si era immersi in quella calda. C'erano anche poltrone per praticare soltanto la doccia, e tubature speciali per la doccia ascendente. Si era ammessi al bagno solo su indicazione di Jean Etienne Esquirol, medico responsabile di Charenton dal 1826 al 1833, allievo di Philippe Pinel.

L'acqua era prescritta agli alienati con diversi accorgimenti, e a tutte le temperature, in rapporto alla forma di patologia. Esquirol disponeva di una grande scelta terapeutica. Poteva prescrivere un bagno

FIG. 18
“LETTRES DE CACHET”,
FRANCIA,
INIZI 1600

FIG. 19
DISEGNATORE
SCONOSCIUTO DA
J.E.ESQUIROL
(1772-1840), TAV.VI
*Des Maladies Mentales
considérées sous les
rapports médical,
hygiénique et médico-
légal*
PARIGI 1838

FIG. 20
DISEGNATORE
SCONOSCIUTO DA
J.E.ESQUIROL
(1772-1840), TAV.XIII
*Des Maladies Mentales
considérées sous les
rapports médical,
hygiénique et médico-
légal*
PARIGI 1838



tiepido, più o meno prolungato, oppure un bagno d'immersione freddo e allora il malato doveva essere, rapidamente e con preciso ritmo, calato e tolto dall'acqua, o ancora un bagno d'affusione. In questo caso il metodo più usato era quello che prevedeva di versare l'acqua sulla testa a temperatura sempre più fredda; si poteva però anche lanciare l'acqua sul viso, a getti ripetuti. C'era infine la possibilità del bagno a sorpresa: il malato era buttato a forza nell'acqua fredda di una vasca o, nella variante inglese, di un fiume o del mare.

Con ancor maggiori dettagli erano prescritte le docce: poteva variare l'altezza da cui cadeva l'acqua, la temperatura (calda o fredda con le diverse gradazioni), e il punto (o i punti) in cui doveva essere diretta. A Charenton la bocca da cui usciva l'acqua poteva terminare a becco di flauto o ad inaffiatoio, e la scelta era guidata da criteri clinici.

La doccia ascendente era praticata

inserendo il tubo nel retto, a diversa profondità.

L'acqua era talora somministrata per bocca, fredda e in grande quantità, fino ai trenta litri il giorno del caso Thédén che in questo caso guarì la malinconia.

Con i bagni e le docce nasce la terapia del folle; con l'acqua che a seconda della temperatura, modifica la circolazione e quindi la forza con cui il sangue irrompe nella testa, dalla quale dipendono il furore o la malinconia. Chiarugi, Pinel, Esquirol usano però altri strumenti terapeutici: il salasso, per lo più circoscritto, talora con sanguisughe sugli organi genitali; emissioni di sangue per flebotomia; pediluvii con acqua bollente e aggiunta di acido muriatico o ammoniac; frizioni irritanti sulla cute o sulla testa. E' di questo periodo l'osservazione che provocare malattie cutanee febbrili ha azione terapeutica. E' regola riaprire ulcere cutanee cicatrizzate o indurite di nuove.

Sono prescritti evacuanti, purganti, emetici. Questi presidi richiamano l'antica concezione della malattia come possessione, e della terapia come eliminazione dal corpo di un contaminante (demone o tossico). Questa prima generazione di psichiatri poteva disporre anche di terapie fisiche come l'elettricità galvanica o magnetica, il cui effetto curativo per la follia trovava sostegno negli studi di Leopold Gmelin e William Perfect che la applicavano anche nella zona anale e testicolare. La forma più spettacolare ed efficace era quella del ferro rovente applicato sulla nuca o sull'occipite. Talora si sono descritte guarigioni a seguito della semplice prescrizione (senza applicazione). C'era poi la macchina rotatoria di Darwin (il frullone), sulla quale veniva legato il malato, fatta girare a varia velocità fino alla perdita di coscienza che sanciva anche il raggiungimento della sedazione.

E già esisteva una psicofarmacolo-

gia. Esquirol poteva prescrivere ai suoi malati gli ipnotici (l'oppio, lo stramonio, lo iosciamo); i tonico-energetici (la canfora, il muschio, il ferro, la quinquina, l'antimonio, gli amari, gli aromatici, i liquori spiritosi, la chinolina, l'assenzio, la scorza winteriana, la tintura di cantaridi, la limatura di marte); gli antispasmodici come l'olio animale di Dipell, il sale di succinio.

Un'importanza rilevante aveva il controllo della dieta. Era noto l'effetto sedativo della iperalimentazione che veniva realizzata anche con somministrazioni forzate mediante intubazione gastrica.

Chiarugi pone fra le terapie stimolanti le fustigazioni al dorso, alle braccia, alle cosce, inflitte talora con fasci d'ortica per far seguire la vescicazione. Terapeutici erano anche l'isolamento, la contenzione nei letti, nei gilet e camicie di forza. Insostituibile per alcune forme di follia era anche lo spavento, e per provocarlo si era sviluppata



FIG. 21
T. GERICAULT,
MONOMANE DELL' INVIDIA,
1819(?)·1822(?), LIONE
OLIO SU TELA, 72x58 cm



una fantasia macabro-sadica oltre ogni immaginazione: i custodi si abbigliavano in modo spaventoso e con strumenti di tortura sorprende- vano il malato, spesso interrompendo il sonno. Terapeutico era tutto quanto provocava una modificazione della follia, ritenuta in precedenza incurabile e ora invece guaribile, o perlomeno, come per Esquirol, divisa tra forme curabili ed altre incurabili. E' proprio questa concezione a cambiare la storia della follia, ad accentrare l'attenzione non più sull'internamento come esclusione definitiva dalla società, ma come transitoria condizione di riabilitazione. Un'attenzione che pone in primo piano le modalità e gli strumenti di cura.

Vengono applicati anche trattamenti fisici comportamentali o morali compresi lo svago, le passeggiate, la musica allegra: categorie ora fissate che vedranno future variazioni senza sovvertimenti. L'Ottocento, infatti, si caratterizza-

rà per lo sviluppo di alcune di queste innovazioni, e in particolare, per l'introduzione di una ricca, e in parte ancora attuale, terminologia psichiatrica: Benedict Augustine Morel nel 1860 inventa la «demenza precoce» e nel 1857 il concetto di degenerazione per l'intelletto e la morale; Isaac Ray nel 1863 pubblica *"Mental Hygiene"*, creando una parola dominante nel vocabolario psichiatrico fino a oggi; Karl Ludwig Kahlbaum conia nel 1863 il termine di parafrenia; nel 1874 quello di catatonia, e nel 1882 la parola ciclotimia; Ewald Hecker nel 1871 parla per la prima volta di ebefrenia; George Miller Beard di neurastenia nel 1868. L'Ottocento è anche un secolo di grandi teorizzazioni. In campo psichiatrico, nel 1822 nasce la frenologia per opera di Franz Gall; nel 1873-74 è la volta della psicologia sperimentale con la creazione nel 1879 del primo laboratorio ad opera di Wilhelm May Wundt a Lipsia; Antoine Laurent

Jessè Bayle nel 1822 definisce la paralisi generale; Wilhelm Griesenger nel 1845, con la sua psichiatria del cervello, introduce la prima concezione biologico - riduzionistica del comportamento; seguirà nel 1884 la nuova versione organicistica delle malattie mentali di Johann William Ludwig Thudicum.

Muta anche il sistema organizzativo dei luoghi di cura. In Italia con l'unità nel 1861, vengono create le Province alle quali spetta la responsabilità amministrativa degli alienati del territorio di competenza. Nel 1866 e 1870 si comincia a pensare a una legge nazionale sui manicomi. Intanto vengono istituite le Colonie Agricole per permettere ai folli di lavorare ottenendo in tal modo i benefici terapeutici dalla occupazione (ergoterapia).

Una sequenza di osservazioni, scoperte, idee che testimoniano un lavoro imponente, tanto da richiedere teorie che in qualche modo li raggruppino in sistemi.

Nel 1899 esce in Germania la sesta edizione del Trattato di psichiatria di Emil Kraepelin, professore all'Università di Monaco, in cui presenta una nuova sistematizzazione clinica. Dopo un periodo di osservazione, iniziato da Vincenzo Chiurugi e da Philippe Pinel, che aveva moltiplicato le unità cliniche, c'era la necessità di una loro organizzazione: Kraepelin svolge questo ruolo. Non scopre nulla di clinico, ma sistema il lavoro di un secolo di psichiatria precedente. Introduce nuovi paradigmi che unificano e, nello stesso tempo, semplificano la psichiatria fino ad allora costruita. I due paradigmi principali sono la «psicosi maniaco-depressiva» e la «demenza precoce».

Philippe Pinel nella sua classificazione sull'alienazione della mente del 1800 individua cinque specie di alienazione¹: la malinconia, la mania senza delirio, la mania con delirio, la demenza e l'idiotismo.

PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA

Tre delle cinque specie di Pinel, considerate come forme a sé stanti, interessano la sintesi clinica di Kraepelin: la malinconia, la mania senza delirio e quella con delirio.

Già Pinel osserva che alcuni malinconici «dotati di un carattere più instabile passano ad uno stato conclamato di mania²».

Ma bisognerà aspettare il 1854 perché la concezione di un'alternanza, nello stesso paziente, di mania e malinconia si affermi.

Avviene per opera di Jean Pierre Falret (*De la folie circulaire*) e, negli stessi anni, di Jules Baillarger che chiamò questa combinazione «folie à double face³». Non è però chiara e consapevole la concezione di un' affezione unica, prevale invece l'idea dell'associazione nello stesso paziente di due forme separate. Ancora nel 1883, secondo Kraepelin, la pazzia circolare o ciclica è la «periodica alternativa di stati

maniaci e malinconici che ora si seguono senza interruzione ed ora sono separati da intervalli di relativo benessere psichico. Sarà solo nel 1899 che egli introdurrà quella che tutt' ora domina la nosografia, ovvero la psicosi maniaco-depressiva. *«La psicosi maniaco-depressiva abbraccia da un lato l'intero campo della cosiddetta pazzia periodica e circolare, dall'altro la mania semplice. Coll'esperienza mi son sempre più convinto che tutti i quadri così chiamati rappresentano solo forme di un unico processo morboso... Quello che mi fa assumere questo atteggiamento è l'osservazione che tutti i quadri patologici esposti, malgrado le molte differenze esteriori, si compongono tutti degli stessi tratti fondamentali»⁴.*

Ecco il salto dalla semplice descrizione dei sintomi (come la follia appare) all'interpretazione di un processo comune che permette una sintesi. Tutto ciò è stato reso possibile dalla scoperta della con-



22

tinuità tra quadri prima separati, e dunque dal superamento di ciò che appariva salto, divisione netta. Molte delle osservazioni cliniche trovano ora una coerenza, mentre prima sembravano «assurde», come per esempio la trasformazione improvvisa di una fase depressiva in una maniacale. Sono due momenti, con manifestazioni opposte, di una medesima malattia.

DEMENZA PRECOCE

La demenza è uno dei termini più antichi della storia della psichiatria. Areteo di Cappadocia la attribuisce ad una rarefazione e diminuzione in grande quantità degli spiriti animali e alla freddezza e umidità del cervello. Si trova nelle prime classificazioni della fine del Settecento, sia in Pinel che in Chiarugi. Per Pinel la demenza si caratterizza con «successione rapida o piuttosto alternanza ininterrotta di idee

odio, tenerezza; si trovano nella più grande indifferenza...». Egli la suddivide poi in tre varietà: demenza acuta, cronica e senile.

Questi richiami storici richiamano la demenza ma non ancora la «demenza precoce», anche se fino alla sua identificazione i casi che appartengono a questa categoria venivano a confondersi anche con la demenza precoce.

La storia specifica della demenza precoce incomincia nel 1860, quando Benedict Augustine Morel conia il termine, contenuto nel suo Trattato delle degenerazioni fisiche, intellettuali e morali della specie umana, per descrivere una patologia similebefrenica.

Come per la psicosi maniaco-depressiva, anche in questo caso Kraepelin inventa la categoria, facendo una sintesi di quanto era già noto. Là aveva inventato anche il nome, qui lo prende da Morel ma con un significato nuovo che ora riunisce tre quadri morbosi: ebefrenia, ca-

tatonìa, deliri paranoidi.

Il primo riguarda una forma patologica che inizia nell'adolescenza e che presenta alternativamente segni propri della mania, della malinconia, della confusione accompagnati da sintomi di indebolimento mentale che rapidamente e progressivamente portano a demenza.

Il secondo, inizialmente legato allo stupore delle forme malinconiche attonite, indica una forma che si caratterizza per strani atteggiamenti che danno al paziente un aspetto da statua: una immobilità spastica che può durare settimane e mesi. Oltre a ciò, la catatonìa è caratterizzata da ciclici periodi di mania, di demenza vociferante, fino alla demenza completa.

Il terzo quadro morboso ad entrare nella demenza precoce risale a Ippocrate e indicava un deterioramento che inabilita il soggetto ad accudire ai propri interessi.

Nel 1868 viene usato per descri-

isolate e di emozioni labili e incoerenti, movimenti scoordinati e continui atti di stravaganza, completo oblio della vita precedente, annullamento della facoltà di percepire gli oggetti attraverso percezioni sensoriali, obliterazione del giudizio, continua agitazione senza scopo e senza alcun progetto, e una sorta di esistenza da automa»⁵

Etienne Esquirol nel suo Trattato del 1838 ne fa una valutazione clinica più precisa e la definisce «Un'affezione cerebrale, generalmente senza febbre, caratterizzata dall'impovertimento della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà: incoerenza d'idee, errori intellettuali e morali sono i segni di questa malattia. L'uomo demente ha perduto la capacità di percepire adeguatamente gli oggetti, di sceglierne i rapporti, di paragonarli, di conservarne il ricordo completo; da cui risulta l'impossibilità di un ragionamento giusto... Questi malati non hanno desideri, aversioni,

vere un profondo e durevole cambiamento della personalità, che si manifesta con un'inadeguata comprensione ed elaborazione delle sensazioni interne ed esterne.

Questa sistematizzazione da parte di Kraepelin dominerà la psichiatria fino ai nostri giorni, anche se il termine «demenza precoce» perde d'importanza dopo la proposta del 1911 da parte di Eugen Bleuler di sostituirlo con «schizofrenia».

FIG. 22
DISEGNATORE SCONOSCIUTO DA
J.E.ESQUIROL
(1772-1840), TAV.VII
*Des Maladies Mentales considérées
sous les rapports médical, hygiénique et
médico-légal*
PARIGI 1838

APPROCCI PSICOTERAPEUTICI. SIGMUND FREUD

Si deve a Sigmund Freud (1856-1939) il tentativo di affrontare in altro modo il disturbo mentale, prestando attenzione al funzionamento della psiche del paziente.

Freud si rese conto che le differenze fra normalità e follia riguardavano più l'intensità e la quantità dei sintomi, che la qualità.

Nel 1895 nascono i poteri terapeutici della parola e la concezione di una possibile relazione tra psichiatria e paziente. Il malato non è più un oggetto al quale lo psichiatra deve la propria attenzione per capirlo (definirlo, descriverlo) e prescrivergli poi il trattamento più adeguato, bensì diventa un interlocutore attivo.

Per somministrargli parole è necessaria una sua partecipazione al

dialogo. I trattamenti fino ad allora avevano bisogno del paziente come corpo, prescindendo dalla sua partecipazione attiva. Per rendere efficace un evacuante basta che il paziente apra la bocca e deglutisca, per sottoporlo all'azione dei bagni è sufficiente che si rechi alla *salle des bains*: se non cammina autonomamente lo si porta con la forza. Analogamente, se rifiuta la dieta prescritta, lo si alimenta per sonda gastrica. La parola muta totalmente questo sistema meccanico.

Senza una presenza attiva, la terapia è inefficace.

Il libro di Freud e Breuer del 1895 "Studi sull'Isteria" è, soprattutto, la descrizione di una nuova tecnica terapeutica che presuppone un paziente attivo.

Nasce così una metodologia all'interno della quale si svilupperà la psicoanalisi nel 1900, ma soprattutto nasce il nuovo corso della psichiatria.

Per ricostruire la portata di questo

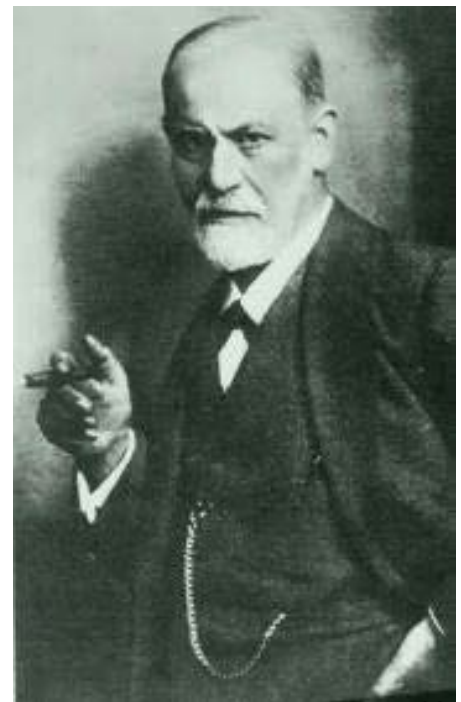


FIG. 23
SIGMUND FREUD (1920)
RITRATTO SULLA COPERTINA DELLA
RIVISTA "LIFE" (1938)

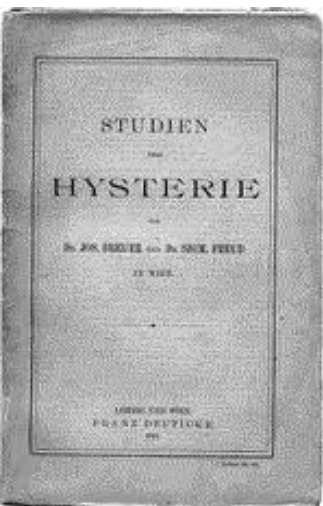


FIG. 24
COPERTINA LIBRO
"STUDI SULL'ISTERIA"
DI FREUD E BREUER
1895

FIG. 25
PAUL RICHER,
EQUIPE DI CHARCOT,
SCHIZZO DI UN
ATTACCO ISTERICO,
CONTORSIONI



24

25

sconvolgimento metodologico è necessario recuperare l'ipnotismo.

La tecnica ipnotica si fonda sulla suggestione, e consiste in una riduzione del campo di coscienza raggiunta facendo concentrare l'attenzione su un oggetto (un pendolino), oppure su una sezione del corpo del paziente (un braccio, una mano). Si richiede, per facilitare l'induzione, un ambiente tranquillo. Si distinguono una variante autoritaria e diretta e una persuasiva e progressiva (con il rilassamento). Si ottiene in questo modo la trance i cui sintomi in progressione sono l'inerzia psicomotoria (sguardo fisso «nel vuoto», atonia muscolare, parola pronunciata lentamente e in modo strascicato), l'analgesia e lo stato di perdita della coscienza fino al sonnambulismo. In questa condizione il terapeuta interroga il paziente e può dargli comandi e indurre convincimenti che egli potrà poi seguire nella vita ordinaria. Il paziente non ha ricordo di quanto è

avvenuto in ipnosi e quindi esegue un ordine senza ritenerlo tale.

Freud e Breuer elaborano una variante sulla tecnica ipnotica, che in realtà ne è il totale superamento in quanto propongono un'ipnosi in stato di coscienza. La parola, che nell'ipnosi attivava sotto forma di domanda i ricordi (le risposte), resta nella nuova tecnica ma si trasforma in mezzo evocativo: come nell'associazione libera, la prima modalità del suo uso terapeutico. La tecnica, dunque, è sostanzialmente parola e il suo risultato dipende dalla parola¹:

«un'immagine che sia stata sfogata a parole non si rivede più»².

Una concezione che pone la parola al centro della guarigione:

«solo con l'ultima parola dell'analisi scompare l'intero quadro morboso»³.

I sintomi isterici, su cui è nata questa nuova modalità terapeutica, scompaiono subito e in modo definitivo quando si riesca a ride-



FIG. 26
JOSEPH BREUER
FOTO DEL 1877(1920)

26

FIG. 27
BERTHA PAPPENHEIM (ANNA O.)



27

stare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, quando il malato lo descrive nel modo più completo possibile.

IL CASO ANNA O.

Sicuramente il primo punto di svolta concreto nella vita professionale dello psichiatra S. Freud è rappresentato dal caso clinico di Anna O. Intorno al 1890 Freud collaborava con Breuer ad un particolare caso d'isteria. Si tratta di Bertha Pappenheim, meglio nota come Anna O., una ragazza ventunenne di notevole intelligenza e cultura che nel corso di una malattia durata due anni aveva presentato una serie di disturbi fisici e mentali; ella soffriva di una grave paralisi ad entrambi gli arti di destra, di disturbi alla mobilità oculare, con un notevole danno visivo, di turbe all'udito, di difficoltà nella postura del corpo, di forte tosse nervosa, di nausea

ogni volta che cercava di alimentarsi, e una volta, di grave idrofobia, che la tenne lontana dall'acqua per parecchie settimane. Anche le sue capacità lessicali si erano ridotte, fino ad arrivare all'impossibilità di parlare e comprendere. Infine la paziente andava soggetta a momenti di afasia, nei quali alternava stati di confusione, di delirio, di alterazione di tutta la personalità.

Inizialmente con un quadro sintomatico di questo genere, si pensò ad una grave lesione, ma all'esame obiettivo gli organi della ragazza risultarono perfettamente normali. I medici escludono anche una lesione organica cerebrale, essendo propensi a quella misteriosa condizione nota come isteria, la quale è in grado di simulare tutta una serie di sintomi appartenenti a diverse malattie.

Breuer riuscì ad eliminare i sintomi attraverso la pratica del metodo ipnotico. Ogni sera si recava a casa della ragazza e, dopo averla

ipnotizzata, la faceva parlare. Sotto ipnosi, Anna parlava del doloroso periodo della sua vita in cui aveva dovuto assistere il padre gravemente malato, ricordando quei sentimenti, rimasti repressi, di rabbia, disgusto e paura. Breuer notò che raccontando l'episodio doloroso connesso all'insorgere di uno dei sintomi prima citati, Anna riusciva a vivere intensamente le emozioni provocate dal doloroso ricordo, e al termine di tale rievocazione il disturbo scompariva. Questa terapia, definita catartica (*catarsi* dal greco *kàtharsis*, "purificazione", nel senso di liberazione dell'individuo da una contaminazione, che danneggia o corrompe la natura dell'uomo) funzionò anche con gli altri sintomi.⁴ Freud in seguito affermerà che "l'isterico soffre di ricordi", ovvero degli effetti dolorosi di un evento passato, apparentemente dimenticato, ma in realtà ancora 'vivo' nelle profondità inconsce della mente.

Nonostante il successo terapeutico, Breuer interruppe improvvisamente il trattamento, accortosi del rapporto che andava creandosi con la paziente, spaventato dall'intensa e reciproca dipendenza affettiva che si era instaurata con Anna.

Egli non colse dunque gli aspetti innovativi dell'importante metodo terapeutico, non credendo che la teoria da lui scoperta potesse essere generalizzata. Freud, al contrario, colse elementi che andavano ben oltre il singolo caso; si era infatti accorto che il blocco di Anna era determinato da un conflitto psichico tra qualcosa che avrebbe voluto essere espresso e qualcosa che ne contrastava appunto l'espressione; la sua sofferenza è da ricondurre al fatto che inconsciamente Anna si era proibita la presa di coscienza e dunque l'esternazione di sentimenti e desideri erotici ed aggressivi inconciliabili con la sua morale, la sua cultura e la sua educazione. Pur essendo al corrente del ruolo

delle pulsioni sessuali nelle nevrosi, Breuer rifiutò di riconoscere il ruolo fondamentale che esse hanno giocato in quella di Anna, fuggendo dalla relazione affettiva con la paziente. A differenza di Freud non è arrivato ad un concetto fondamentale nella psicoanalisi: si tratta del transfert⁵, grazie a cui si può arrivare alla liberazione del ricordo traumatico del paziente; Breuer era giunto alla condizione in cui si può parlare di controtransfert⁶, come dimostrano i sentimenti di dipendenza che provava per Anna. Secondo l'ipotesi di Freud e Breuer l'eziologia (cause o insieme di cause da cui essa è generata) dell'isteria è di tipo psicologico e non è da attribuirsi, come per la medicina positivista del tempo, a disfunzioni o alterazioni fisiologiche dell'apparato nervoso. L'isteria si manifesta attraverso una sintomatologia, anche molto complessa come nel caso di Anna: paralisi parziali o totali; idrofobia;

agorafobia o claustrofobia; strabismo; disturbi del linguaggio; turbe visive e auditive; cecità; ecc. ecc. Il meccanismo che determina l'insorgere della malattia è dovuto a un evento traumatico del passato che è stato oggetto di rimozione nell'inconscio e non viene quindi ricordato dal soggetto. L'evento traumatico, che poi Freud definirà come "scena primaria" è una situazione in cui un evento suscita nel soggetto una forte reazione emotiva, di origine pulsionale, che questi però reprime, in quanto la sua espressione libera produrrebbe un conflitto con i valori e le regole di comportamento in cui il soggetto stesso si riconosce. Per esempio, nel caso di Anna, la vista del cane della sua dama di compagnia inglese che beve dal bicchiere che suscita disgusto in Anna, disgusto cui non da sfogo per non venire meno alle regole della cortesia. L'episodio e l'emozione da esso suscitata vengono

quindi rimosse e dimenticate, per questo Freud affermava che "le isteriche soffrono di reminiscenze" (*"Studi sull'isteria"*). Naturalmente l'evento traumatico, così come la reazione emotiva di matrice pulsionale che gli si accompagna, continuano a esistere a livello inconscio e a premere sulla coscienza per avere soddisfacimento, non potendosi però esprimere direttamente a causa del meccanismo della resistenza, si esprimono indirettamente, in modo distorto e mascherato, attraverso un sintomo simbolico, con cui il soggetto isterico vuole comunicare qualcosa. Nell'isteria da conversione (il contenuto rimosso viene convertito in un sintomo che intrattiene una relazione simbolica con il rimosso), la manifestazione somatica del contenuto rimosso si produce su un organo piuttosto che un altro secondo un simbolismo inconscio, per esempio la cecità può rappresentare il rifiuto di vedere qualcosa.

Il metodo catartico che Breuer utilizza per curare Anna, si serve dell'ipnosi. Nello stato ipnoide il soggetto rivive la situazione patologica, non si tratta di un semplice ricordo, in quanto il soggetto rivive anche emotivamente la situazione che ha determinato la genesi della malattia e nel rivivere l'evento il soggetto da libera espressione all'emozione legata al ricordo e la cui rimozione aveva prodotto il sintomo, Freud chiama tale fenomeno "abreazione". L'effetto terapeutico dell'abreazione è l'eliminazione dell'emozione (affettività) correlata all'evento traumatico e a suo tempo repressa, e la conseguente scomparsa del sintomo cui la rimozione aveva dato luogo.

FIG. 28
DIVANO DI FREUD
CASA MUSEO
LONDRA



28

FIG. 29
SALOTTO DI FREUD
CASA MUSEO
VIENNA



29

MANICOMI IN ITALIA

Manicomio è il termine italiano per «*asile d'aliénés*», introdotto nella prima metà dell'Ottocento¹.

I manicomi già esistevano e quello del 1904 ne rappresenta un tipo particolare e nuovo, il primo regolato da una Legge del Regno d'Italia. Per cogliere la portata di questa innovazione, che rimarrà fino al 1978, è utile richiamare la situazione precedente.

Il 1° giugno 1881 in Italia ci sono 39 manicomi, i quali contengono 16.655 folli. La loro distribuzione e gestione sul territorio del Regno è irregolare, e ciò in relazione alle storie singole degli Stati prima dell'annessione e alla non omogenea applicazione della Legge provinciale del 20 marzo 1865 che imponeva ai Consigli Provinciali di occuparsi degli alienati del territorio di competenza e provvedere alla

ri assieme ai sani.

La colonia agricola di San Giacomo della Tomba di Verona rivive in parte lo spirito di Ghéel che si diffonde negli anni seguenti tanto da far scrivere nel 1905: «i buoni manicomi possiedono una colonia agricola». In questi luoghi il lavoro si lega alla cura: «Il lavoro, specialmente all'aria libera o in locali ariosi e salubri, rallegra i malati di mente, li rende più calmi, più soddisfatti di se stessi. Nei manicomi dov'è organizzato il lavoro, la mortalità è più scarsa, la coercizione è ridotta ai minimi termini e le guarigioni sono più numerose».

Nella colonia cambia totalmente anche il regime di sorveglianza: «Mentre i lavoratori convivono in una grande fattoria priva di inferriate e di celle, le lavoratrici possono abitare un padiglione analogo e casalingo, dedicandosi a occupazioni femminili. Nella colonia agricola si può adottare senza restrizioni e senza paura il regime delle porte

creazione di manicomi.

Il personale medico di ciascun manicomio è formato da un medico primario (direttore) e da assistenti, in numero variabile in proporzione agli infermi. Alcuni manicomi sono designati per l'insegnamento clinico delle Malattie mentali e il medico primario ne è il docente.

Una condizione storica di privilegio spetta al manicomio di Firenze sia perché vi lavorò Vincenzo Chiarugi, capostipite degli psichiatri Italiani sia perché è stato il primo ad essere regolato da una legge (del 2 agosto 1783) del granduca di Toscana. Sempre in questa città, il primo luogo per alienati fu l'ospizio di Santa Dorotea a Firenze fondato nel 1645 da un religioso carmelitano, padre Leoni, e portato a termine da padre Diciotto di Bergamo. Questo luogo, amministrato dalla congregazione, riceveva alienati di entrambi i sessi. I malati poveri erano inviati all'ospedale Santa Maria Novella dove erano mescolati

aperte»³.

Un cenno merita il manicomio di Reggio Emilia soprattutto perché in parte fu destinato a manicomio giudiziario. Al San Lazzaro di Reggio Emilia gli alienati arrivano nel 1654.

Nel 1821 il granduca lo riforma con l'intenzione di elevarne le qualità scientifiche⁴.

I manicomi giudiziari vengono previsti in Italia dal Regio Decreto n. 260 del 1° febbraio 1891:

«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 ed alla cura...

La cura dei ricoverati nei manicomi giudiziari è affidata ad un Medico-Chirurgo alienista, col titolo di direttore sanitario; ma alla direzione amministrativa è sempre preposto un direttore di ruolo, come in tutti gli stabilimenti di pena ordinari».

ad ogni altra forma di emarginazione e malattia.

Diverso il caso di Verona: il manicomio nasce qui solo nel 1880 come Colonia agricola di San Giacomo della Tomba. Prima i folli erano inviati a Venezia.

La storia dei manicomi veneziani incomincia nel 1716 all'isola di San Servilio (oggi San Servolo) quando viene spostato l'ospedale militare dei «poveri infermi». Il primo folle viene accettato in San Servilio nel 1725 e porta a mescolare soldati e folli. Dopo un primo periodo in cui sono accolti pochi pazzi e per lo più nobili, diventano più numerose le ammissioni di folli poveri, situazione che si consolida con il primo governo austriaco.

Citando Verona si è riferito di una «colonia agricola»².

Questa istituzione si rifà alla colonia di Ghéel, un piccolo villaggio alla periferia di Bruxelles. Qui gli alienati vivono ospiti di famiglie e vengono occupati nei lavori ordina-

Il San Lazzaro verrà subito chiamato a questo compito.⁵

Con queste nozioni di preistoria manicomiale è più facile ora valutare il manicomio del 1904.

Nasce esattamente il 14 febbraio e viene attribuita al ministro degli Interni Giolitti. Il disegno di legge, composto di undici articoli, venne presentato al Senato nella tornata del 6 dicembre 1902 e approvato nella tornata del 12 febbraio 1904. Due giorni dopo riceveva la sanzione reale e veniva pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del Regno il 22 febbraio.⁶

Riferimento della Legge sono le concezioni della scuola antropologica-positiva italiana che dominava in quel tempo con capofila Cesare Lombroso. Era convinzione di Lombroso che il comportamento del singolo e dei gruppi etnici (le razze) dipendesse da caratteristiche biologiche e che pertanto non fosse modificabile, o non sostanzialmente. Ciò valeva per la pazzia,

ma anche per la genialità. L'uomo folle era solo un caso particolare di un sistema antropologico perfettamente distinguibile e misurabile. Egli aveva applicato ai crani (o alle teste) dei folli le stesse tecniche usate per lo studio dell'uomo di Neanderthal o degli altri reperti dell'antropologia classica. I segni (le stigmate) dei differenti comportamenti erano così specifici da permettere di distinguere una prostituta da una menzognera. La frenologia, una scienza dei segni spia del carattere e quindi del comportamento, aveva soprattutto valore «preventivo» poiché, identificata un'anomalia, l'unico compito sociale possibile era la sua eliminazione.

Il carcere e il manicomio sono coerentemente due modalità di difesa dall'uomo delinquente e dall'uomo folle, in particolare della loro pericolosità. Il folle non è responsabile delle sue azioni (e dunque non punibile), ma perciò stesso non si

può rispettarne la volontà quando si tratta di portarlo in manicomio: alla volontà del singolo deve imporsi quella della comunità.

La follia, del resto, non poteva guarire, si poteva solo imbrigliare, contenere: questo il compito della psichiatria.

Queste idee sono dentro la Legge del 1904, talora in modo esplicito, come nell'Art. 1 dove l'alienato di mente è definito solo in base al suo comportamento pericoloso.



FIG. 30
MANICOMIO SAN SERVILIO 1716
ISOLA SAN SERVOLO, VENEZIA

30

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 **Come si va in manicomio**

«..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 su indicati, 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. È loro applicabile l'art. 2120 del codice civile. Il procuratore del re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata

LEGGE 1904

Art. 1 **Chi va in manicomio**

«..debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a se' 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

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 **Come si esce dal manicomio**

«..il licenziamento dal manicomio degli alienati guariti, è autorizzato con decreto del presidente del tribunale sulla richiesta o del direttore del manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente della deputazione provinciale.

Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il direttore. Sul 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 dara' immediatamente comunicazione al procuratore del re e all'autorita' di pubblica sicurezza » .

Art. 4 **Il direttore, padrone del manicomio**

«..il direttore ha piena autorita' sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto cio' che concerne il trattamento dei malati, ed e' 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 interverra' con voto consultivo ».

in cui l'autorita' 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 e' regolata dalle norme comuni ».

Art. 7 **Controversie sulle spese**

«..le controversie relative alle spese per gli alienati, nelle quali siano interessati lo stato, o piu' province, o comuni, o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo di mantenimento degli alienati, appartenenti a province diverse, sono di competenza della quarta sezione del consiglio di stato.

Tutte le altre controversie in tal natura sono di competenza della giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa ».

Art. 5 **Per ogni manicomio un suo regolamento**

«...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 liberta', ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi, alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole su indicata. 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 sanita' con le forme e modi stabiliti dall'art. 198 della legge comunale e provinciale ».

Art.8 **Vigilanza sui manicomi e sugli alienati**

«..la vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata e' affidata al ministro dell'interno ed ai prefetti.

Essa e' 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 sanita' 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

Art. 6 **Chi paga**

«..nulla e' innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese per il mantenimento degli alienati poveri. La spesa per il trasporto di questi al manicomio e' a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia e' a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella per il 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

delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni e' 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 **Il potere del prefetto sui manicomi**

«..nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, puo' sentito il consiglio provinciale di sanita', al quale e' 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. 41

Contro tale provvedimento e' ammesso il ricorso al ministro dell'interno, il quale provvede, sentito il consiglio di stato o il consiglio superiore di sanita', a seconda dell'indole della controversia.

Pei manicomi pubblici si provvede in conformita' della legge che regola l'ente, al quale appartengono ».

Art. 10 Controversie sulle spese

«..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 ».

Art. 11 Il regolamento

«..dal giorno dell'attuazione della presente legge e' abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia. e' data

facolta' al governo del re di provvedere all'ordinamento delle ispezioni perodiche a mezzo d'ispettori della pubblica beneficenza, e di determinare col regolamento, sentito il consiglio di stato e il consiglio superiore di sanita', le norme per la esecuzione della presente legge e le penalita' per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo ».



FIG. 31
CORTILE ESTERNO
MANICOMIO SAN LAZZARO 1870
REGGIO EMILIA

La legge 36 del 1904, rimasta in vigore fino al 1978, nonostante ciò, serviva solo come strumento di protezione dal "matto" per la società e non rispettava i bisogni e i diritti del malato. Essa risultava innovativa rispetto al passato ma non teneva in considerazione né la durata di permanenza nella struttura psichiatrica né il malato, che perdeva ogni diritto dopo il ricovero.

Il manicomio definito (nella Legge) non è solo un luogo entro cui somministrare le cure, ma è terapia esso stesso. Per questo ha indicazioni e controindicazioni. Sovente si trova negli psichiatri del tempo l'affermazione: «E' necessario il manicomio», ma anche «il manicomio non è un ambiente adatto».

In linea generale: «L'uniformità delle abitudini preserva dalle emozioni, semplifica il regime di vita e garantisce una specie di dieta psichica». L'isolamento è ora, oltre che fisico, anche psichico; quando si fa riferimento ai mezzi tera-

peutici bisogna sempre riportare il loro indice d'efficacia. Si scopre allora, al di là della loro dubbia gradevolezza, che le «terapie» erano di grande successo. Analizzando le affermazioni entusiastiche sull'azione di alcuni trattamenti applicati da Pinel e Chiarugi, o, un secolo dopo, da Kraepelin e Tanzi, o ancora dai grandi di oggi, ad una patologia immutata fin dall'inizio della psichiatria (come la malinconia, la mania e l'isteria), si rileva che il successo terapeutico non è affatto mutato.

I risultati di oggi non sono, due secoli dopo, maggiori o migliori di quelli di Pinel. Ciò può indicare che la follia manca ancora di terapia specifica e ogni presidio è un semplice surrogato terapeutico, la maschera di un effetto placebo. Va inoltre aggiunto che la follia ha per lo più un andamento variabile con episodi che vanno verso una soluzione «naturale», con ritorno alla normalità o comunque passaggio

a manifestazioni minori (croniche). Esiste, quindi, una terapia dell'attesa che quasi sempre è coronata da successo, sia pur transitorio.



FIG. 32
SALA BAGNO
MANICOMIO SAN LAZZARO 1870
REGGIO EMILIA

FIG. 33
CORRIDOIO CELLE
MANICOMIO SAN LAZZARO 1870
REGGIO EMILIA



CESARE LOMBROSO E LA FISIOGNOMICA

Come già accennato, in Italia, è con uno dei maggiori esponenti del positivismo, lo psichiatra e antropologo criminale Cesare Lombroso (1835-1909), che viene a fissarsi quel legame tra follia e malattia che ha portato all'elaborazione della prima legge italiana sui manicomi, nel 1904.

Per Lombroso, a definire la pazzia concorrono molti elementi, dalla razza all'ereditarietà, dalla conformazione del cranio al clima, dall'alimentazione all'alcolismo: in ogni caso, fattori fisici e materiali, da studiare e analizzare grazie alla statistica e ai modelli matematici. C'è, nelle sistemazioni di Lombroso, un grado altissimo di approssimazione e ingenuità, proprio per la pretesa di ridurre tutto a dato quantificabile.¹

Soprattutto, gli studi di Lombroso sono chiaramente orientati da una tesi: è pazzia qualunque comportamento esuli dalla norma sociale e dai valori dominanti nel perbenismo della società italiana postunitaria.

Nel 1866 Lombroso è nominato professore straordinario dell'Università di Pavia e nel 1871 ottiene la direzione del manicomio di Pesaro dove vivrà una felice esperienza professionale.

In quel periodo elabora una proposta che sottopone alle autorità ministeriali: la creazione di manicomi criminali destinati agli alienati che delinquono e agli alienati pericolosi. L'anno dopo rientra a Pavia e inizia gli studi che lo porteranno alla elaborazione della "*Teoria dell'uomo delinquente*" (1876).

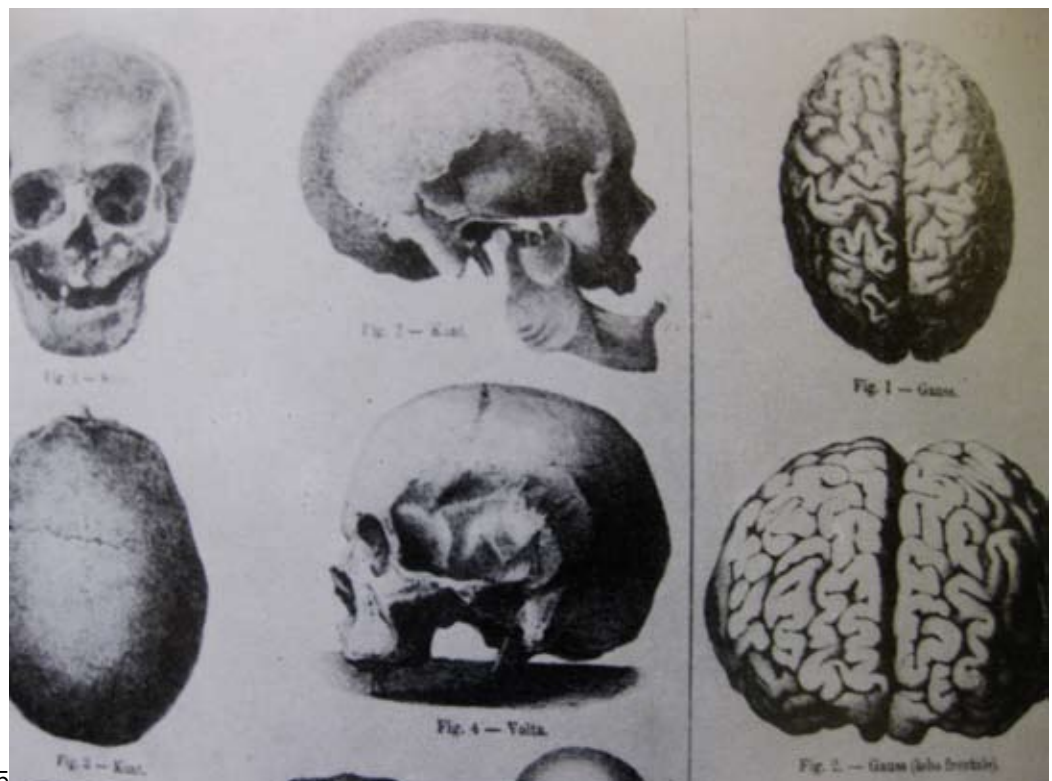
La fama di Lombroso è legata soprattutto alla teoria dell'uomo delinquente nato o atavico, individuo che reca nella struttura fisica i caratteri degenerativi che lo



34

FIG. 34
CESARE LOMBROSO
(1835-1909)

FIG. 35
CRANI DI DELINQUENTI
STUDIATI DA LOMBROSO
E INSERITI IN
"L' UOMO DELINQUENTE.
ATLANTE" 1897
TAVOLA XXVIII



35

differenziano dall'uomo normale e socialmente inserito. Si parla di fisiognomica, una disciplina pseudo-scientifica che pretende di dedurre i caratteri psicologici e morali di una persona dal suo aspetto fisico, soprattutto dai lineamenti e dalle espressioni del volto.

Lombroso misurò la forma e la dimensione del cranio di molti briganti uccisi e deportati dal Meridione d'Italia in Piemonte nel corso dell'occupazione Sabauda, concludendo che i tratti atavici presenti riportavano indietro all'uomo primitivo. Egli dedusse che i criminali portavano tratti anti sociali dalla nascita, per via ereditaria, cosa che oggi si considera del tutto infondata.

I caratteri che manifestano l'atavismo e la degenerazione sarebbero esplicitati fisicamente dalla presenza di caratteristiche quali le grandi mandibole, i canini forti, gli incisivi mediani molto sviluppati a discapito dei laterali, i denti soprannu-

merari o in doppia fila (come nei serpenti), gli zigomi sporgenti, le prominenti arcate sopracciliari, l'apertura degli arti superiori di lunghezza superiore alla statura dell'individuo, i piedi prensili, la borsa guanciale, il naso schiacciato, il prognatismo, le ossa del cranio in soprannumero (come negli Incas, nei Peruviani e nei Papua), ed altre anomalie fisiche e scheletriche nonché caratteri funzionali diversi da quelli dell'uomo evoluto; ad esempio una minore sensibilità al dolore, una più rapida guaribilità, maggiore accuratezza visiva e dicromatopsia ed anche tatuaggi ed accentuata pigrizia.

Nei cosiddetti 'normali' non sarebbero riscontrabili cotante anomalie funzionali e costituzionali, come provato dalla comparazione tra 340 grandi criminali e 711 soldati. Da autentico scienziato era molto attento ai dati sperimentali e sempre disposto ad aggiornare le sue teorie basandosi sulle nuove evi-

denze, come affermano le persone che hanno seguito la sua scuola. Lombroso sostenne sempre con forza la necessità dell'inserimento della pena capitale all'interno dell'ordinamento italiano.

Riteneva infatti che se il criminale era tale per la sua conformazione fisica, non fosse possibile alcuna forma di riabilitazione, individuando in tal modo l'obiettivo cui il sistema penale doveva tendere per la sicurezza della società.²

Alcuni degli studi più strani effettuati da Lombroso nel corso della sua vita di ricercatore furono *La ruga del cretino* e *L'anomalia del cuoio capelluto*, *L'origine del bacio*, *Perché i preti si vestono da donne*. Nel 1891 pubblica in collaborazione con Filippo Cougnet un libro intitolato *"Studi sui segni professionali dei facchini"* - *"Il cuscino posteriore delle ottentotte"* - *"Sulla gobba dei cammelli"* - *"Sulla gobba degli zebù"* e nel 1896 un lavoro su *"Dante epilettico"*.



36

Un importante collaboratore "involontario" di Lombroso nei suoi studi fu Giuseppe Villella (Motta di Santa Lucia 1803 - Pavia 1872), pluripregiudicato per incendio e furto e sospettato di brigantaggio. È dallo studio autoptico del suo cadavere che Lombroso scopre la cosiddetta "fossetta occipitale mediana": l'anomalia della struttura cranica fonte, a suo dire, dei comportamenti devianti del "tipo criminale". Il teschio del "brigante", purtroppo non poté ricevere degna sepoltura, infatti è tuttora esposto su una mensola del museo torinese lombrosiano.³ La stessa sorte è toccata ai numerosi resti di persone che nell'Italia del Sud sono considerati eroi e patrioti, morti per la libertà. A dimostrare che la scienza e la morte non guardano le differenze sociali, la testa stessa di Lombroso, conservata in formalina in un vaso di vetro nel Museo di antropologia criminale "Collezione Lombroso" presso l'Istituto di me-

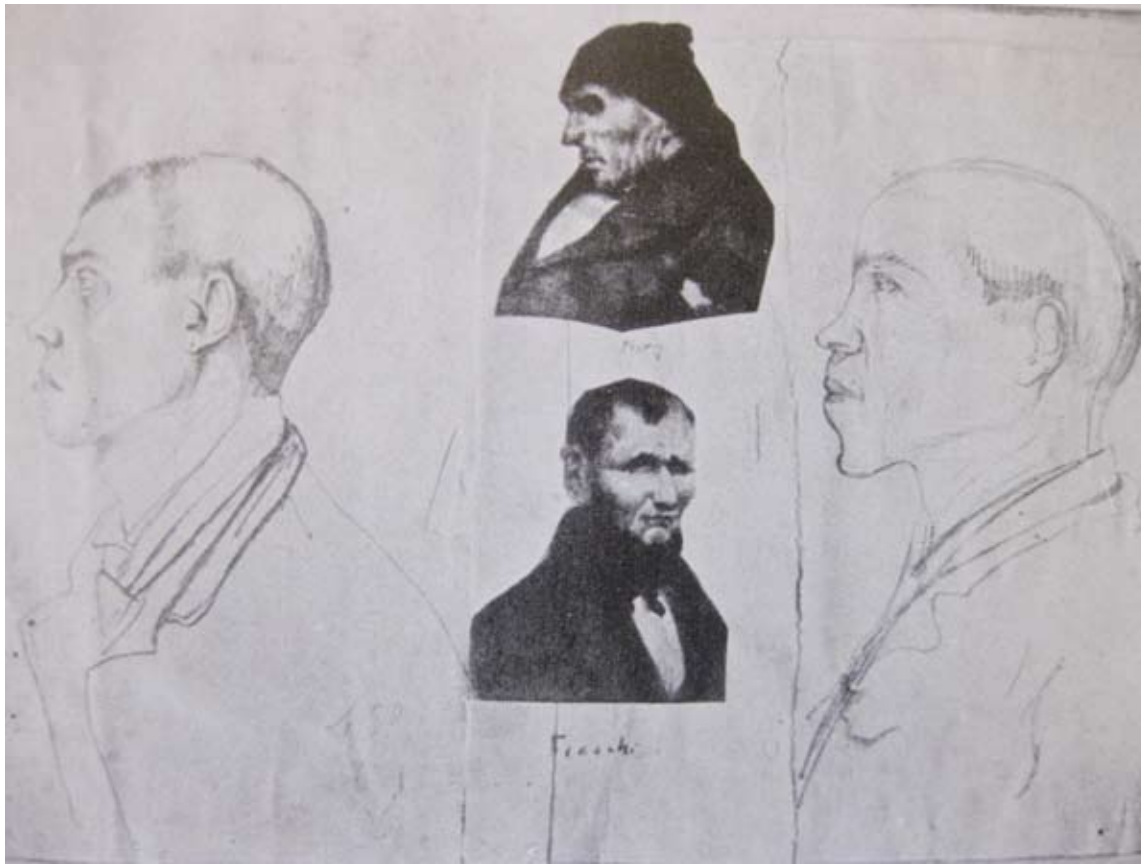
dicina legale a Torino.

Da un punto di vista metodologico e statistico i testi di Lombroso difettano per l'esiguità e la mancanza di bilanciamento dei campioni considerati, questo ad ulteriore danno della scientificità delle conclusioni ottenute.⁴

Nel 1897 pubblica la quinta edizione de *"L'Uomo delinquente"*, in quattro volumi, di cui uno contenente un singolare "ATLANTE".

L'analisi dei caratteri somatici criminali nelle immagini di questo atlante si fa sempre più dettagliata e l'autore propone le caratteristiche proprie dei tipi criminali, differenziati in base alle anomalie proprie della classe a cui appartengono.

Si delinea quindi il profilo criminologico del pazzo morale e del pazzo epilettico, accomunando nella stessa classe degli epilettoidi i pazzi morali, i delinquenti epilettici e i delinquenti nati; segue l'analitica descrizione dei mattoidi, ovvero individui alienati che passano per



37

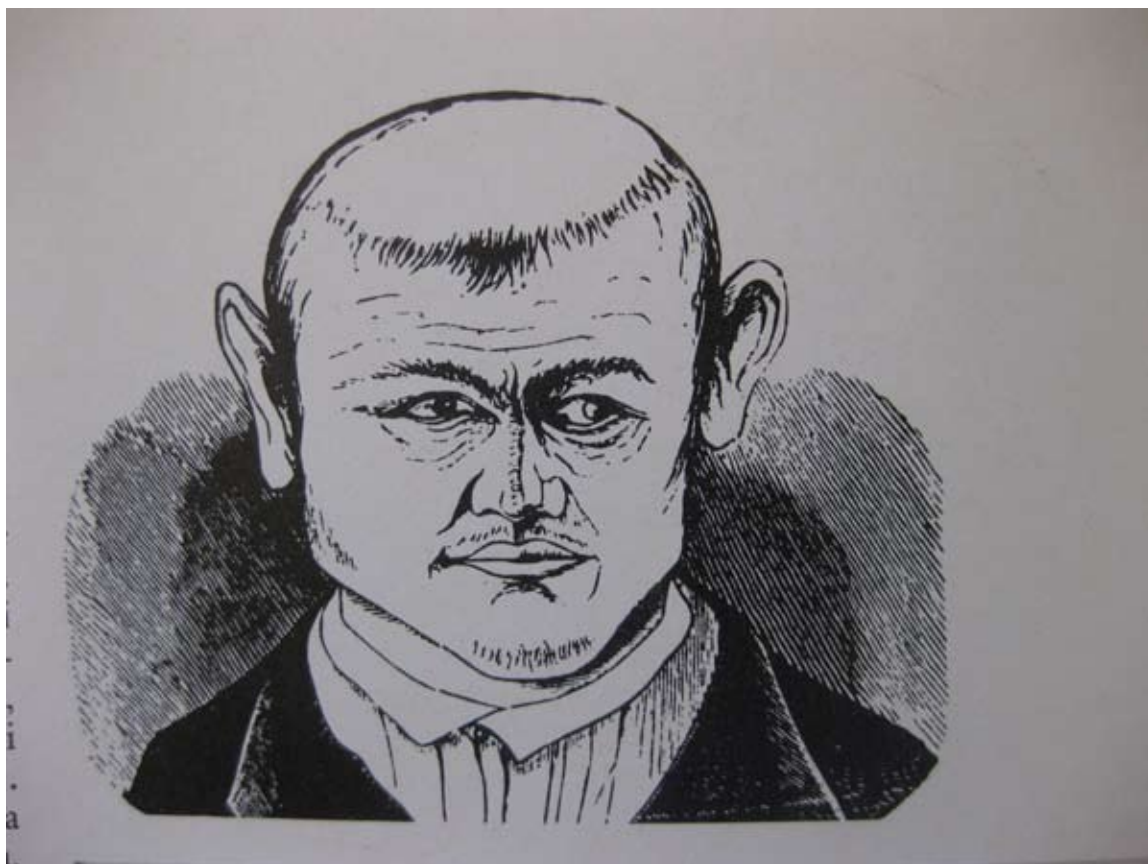
FIG. 36
COPERTINA DEL LIBRO
"L' UOMO DELINQUENTE"
DI CESARE LOMBROSO
1876

FIG. 37-38
PRIMI SCHIZZI DI VOLTI DI
RECLUSI REALIZZATI DA
FRIGERIO (COLLABORATORE DI
LOMBROSO) NEL MANICOMIO DI
PESARO, 1871.
LOMBROSO CREA UN ALBUM IN
CUI EVIDENZIA LE DEFORMITA'
DI OGNI SINGOLO UOMO GRAZIE
A FOTOGRAFIE, DISEGNI E
RITAGLI DA GIORNALE.



38

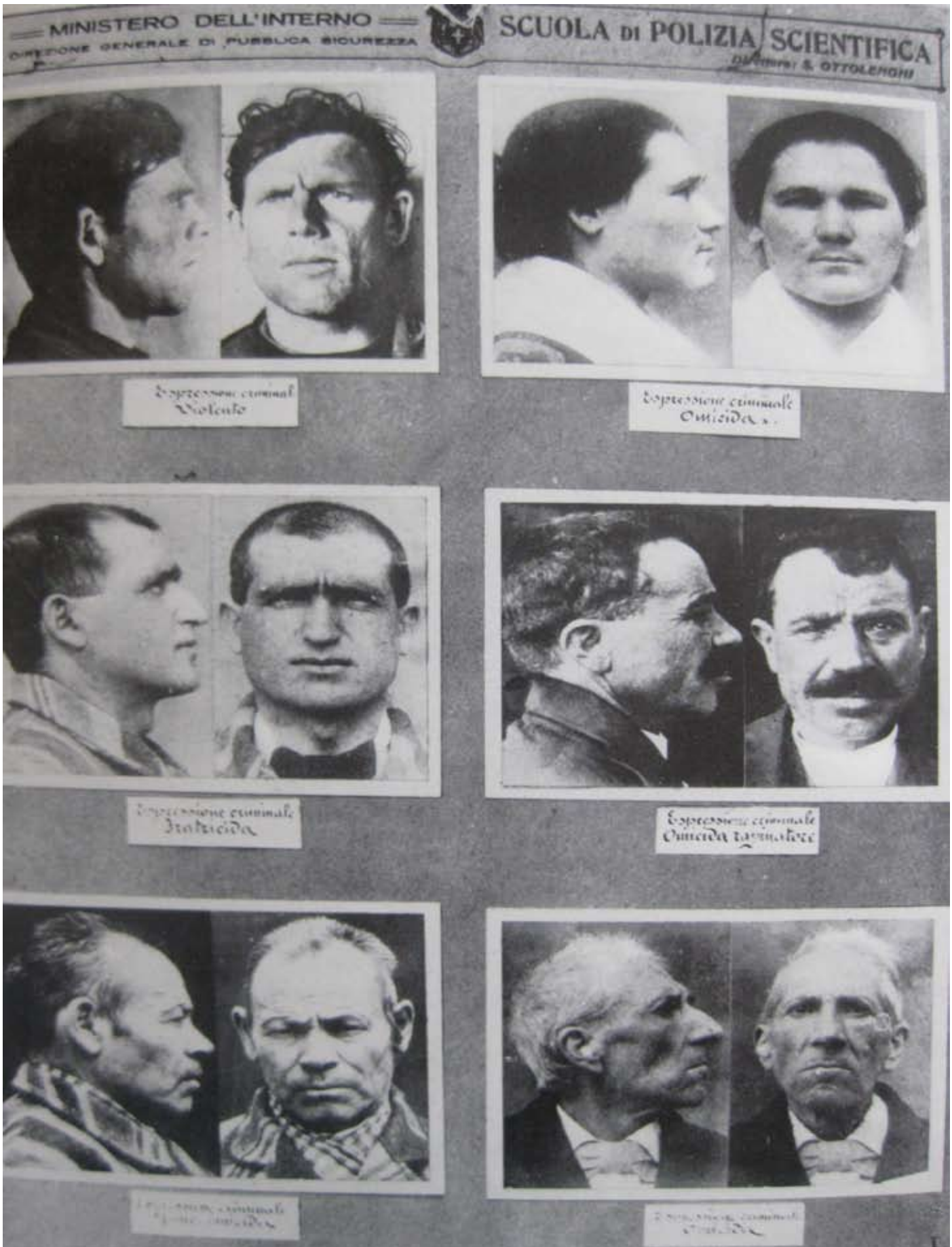
39



40

FIG. 39-40
INCISIONI DI RECLUSI.
FRIGERIO (COLLABORATORE DI
LOMBROSO), 1871
MANICOMIO DI PESARO.
IL PASSAGGIO DALLA FOTO AL
DISEGNO E DAL DISEGNO ALLA
INCISIONE, E' UN GRADUALE
PROCESSO DI DEFORMAZIONE:
E' LA FORMAZIONE DEL
MOSTRO. L' INTENZIONE
DI LOMBROSO E' QUELLA
DI SPINGERE L' IMMAGINE
RECALCITRANTE, A COMBACIARE
CON L' ARCHETIPO DELL' UOMO
CATTIVO CHE NATURALMENTE E'
SEMPRE BRUTTO.

FIG. 41
CATALOGAZIONE DI
DELINQUENTI SULLA BASE DI
CARATTERI SOMATICI,
LOMBROSO,
"L' UOMO DELINQUENTE."
ATLANTE" 1897,
TAVOLA XLI





geni, ma che in realtà sono persone comuni affette da un'ideazione patologica che li porta a dedicarsi ad attività estranee alle loro capacità. Essi s' improvvisano politici seduttori, ammaliati predicatori, venditori di fumo, e via di seguito e sono animati da una esagerata laboriosità oltre a sfoggiare un narcisistico culto della propria personalità. Conscio che la teoria atavica del delinquente è stata messa in discussione dagli studi dei suoi stessi allievi e seguaci, fra i quali Enrico Ferri, Lombroso, pur restando fedele alla primitiva impostazione della teoria antropologica dell'uomo delinquente, introduce nuovi elementi nello studio del fenomeno criminale, nel tentativo di sfuggire alle critiche, talvolta acute.⁵ Nella Funzione sociale del delitto, pubblicato nel 1897, infatti, la prospettiva si amplia e Lombroso tenta un'analisi sociale del delitto a vasto raggio, proponendo un'inter-

pretazione della società e del delitto, riferito non più soltanto al criminale atavico, ma a settori della vita pubblica e politica, dove nuovi reati "nuovi rami di truffa o di intrigo politico "crescono" quanto più la civiltà si va avanzando. Lombroso osa sfidare il senso comune proponendo una visione della realtà del delitto che investe anche uomini di governo, parlamentari, che agiscono attraverso la menzogna, la truffa, il segno del vizio, dell'amoralità, della delinquenza (spesso legalizzata con leggi e norme fatte da loro stessi). Oggi nessuno potrebbe sostenere la validità scientifica delle teorie lombrosiane, ma è doveroso mettere in evidenza lo sforzo e la novità del lavoro di Lombroso che, partendo dal dato bio-antropologico, ha aperto la strada ad un approccio multifattoriale che comprende anche gli aspetti sociali. Con Lombroso l'Italia ha cominciato a interrogarsi su aspetti fino ad

allora trascurati, e lo studio del delitto è stato affrontato per la prima volta come fenomeno umano e sociale. Con le teorie di Lombroso, all'insegna del consenso o del dissenso, si confrontano un po' tutti gli studiosi che si occupano di criminologia ma per alcuni di questi il rapporto con Lombroso è particolarmente forte tanto che si usa parlare di scuola positiva. Il museo creato da Lombroso, negli spazi messi a disposizione dall'Università, intanto, aveva assunto dignità scientifica e, nella nuova versione, fu inaugurato nel 1898, in occasione del Primo Congresso Nazionale di Medicina legale.⁶ Sorsero poi, altri musei criminali, di Polizia scientifica e di antropologia criminale annessi, quasi sempre, ai gabinetti scientifici delle università e delle questure. Lo scopo principale era quello di esporre reperti anatomici e oggetti provenienti dalle carceri, manufatti di detenuti, testimonianze del mondo crimina-



le, foto di "tipi" ripresi ai fini della classificazione e dell'identificazione di criminali, foto di tatuaggi, scritti vari per gli esami grafologici e quant'altro.

FIG. 42 IDENTIFICAZIONE DACTILOSCOPICA, LOMBROSO, "L' UOMO DELINQUENTE. ATLANTE" 1897, TAVOLA XLIII

FIG. 43 CARTELLINO SEGNALETICO CON FOTO DEL DELINQUENTE, DESCRIZIONE SOMATICA, COMPORTAMENTALE E IMPROONTE DIGITALI. LOMBROSO 1897

LO STUDIO DELL' UOMO

Caratteri fisici e comportamenti comuni individuati da Lombroso negli alienati in seguito a studi effettuati su varie tipologie di esseri umani.⁷

a. Il peso dell'uomo alienato è minore del peso dell'uomo sano della stessa statura e condizione; la demenza e la pellagra e la mania scemano il peso del corpo; la demenza più di tutto. I maniaci furiosi durante gli accessi soffrono una diminuzione di peso, indipendente anche dalle circostanze di respirazione ed alimentazione.

b. I capelli negli alienati soffrono spesse volte depigmentazione, canizie e calvizie precoce. Gli alienati spesso difettano di barba sul mento, mentre invece spesso ne abbondano le alienate anche giovani.

tutti i maniaci, molto più ancora nei dementi e negli idioti, specialmente nei dementi epilettici.

La differenza è data specialmente dalla curva longitudinale che nei sani è di 340 mm, nei maniaci è di 329 mm, nelle maniache di 315 mm, e negli idioti di 305.

La capacità cranica è invece aumentata nelle monomanie, e nelle manie suicide.

h. Questi caratteri craniometrici sfuggirono finora alle ricerche degli alienisti, solo per ciò che non si era pensato di compararle alle medie tolte da individui sani della stessa provincia.

i. Le teste degli alienati presentano molte volte parecchie altre anomalie, l'asimmetria in ispecie, la quale è indizio quasi sicuro della saldatura precoce delle suture e dell' aumentato spessore delle ossa craniche, circostanza quest' ultima che coincide spesso con estrema do-

c. Nei maniaci, e più ancora nei dementi, la dentatura è irregolare, cariata, manchevole anche in giovane età.

d. L' impianto dell'orecchio e la conformazione dell' elice molte volte si mostra irregolare nei maniaci e nei dementi.

e. L' occhio qualche volta riflette una luce abbagliante nei maniaci, qualche volta la pupilla è ristretta e più spesso dilatata, spesso anche il globo dell'occhio è in continuo movimento di lateralità.

f. Caratteri meno frequenti sono l' eritema pellagroso, l'abbassamento di temperatura della pelle, le verruche e gli eczemi ed i tumori cistici del cuoio capelluto, le ernie; frequentissime son le leucorree, o le amenorree, ed i broncoceli e le anemie anche in individui di florido aspetto.

licocefalia, e con un estrema brachicefalia e spesso con una rilevanza in corrispondenza alla sutura sagittale.

j. Il colorito delle urine dei maniaci e dei dementi non sorpassa quasi mai il 4 Vogel; il loro volume è in genere minore del normale; nei pellagrosi invece è maggiore del normale. Il loro peso specifico è minore del normale nei pellagrosi e nei melanconici, quasi normale nei maniaci, e nei dementi si accresce notevolmente e improvvisamente all' avvicinarsi degli accessi furiosi; in questi casi l'urina diminuisce di molto nel volume, aumenta relativamente di urea, d' acido fosforico e solforico, è acidissima e presenta qualche volta acetone ed albumina ed un' intensità di colore che può giungere al 6 Vogel.

L' urina dei pellagrosi distinguersi specialmente perciò che, anche se sotto gli accessi furiosi, presenta il medesimo peso specifico, volume

g. Gli individui sani di ciascuna delle varie province d'Italia hanno, purchè appartengano alla medesima razza, caratteri craniometrici speciali, che li fanno distinguere dalle province vicine. Questi caratteri consistono in alcune proporzioni del diametro longitudinale riferito al diametro trasverso, proporzioni che non variano che leggermente per le condizioni di statura, educazione e coltura individuale; mentre invece soffrono singolari differenze sotto l'influsso della alienazione mentale. In genere vi abbiamo notato esagerazione della brachicefalia e della dolicocefalia.

I dementi e gli idioti poi tendono più semplicemente alla ultra brachicefalia, i maniaci maschi alla dolicocefalia; i monomaniaci s'avvicinano più alla media brachicefalia. La capacità cranica varia da provincia in provincia, ma più ancora da individuo in individuo a seconda della coltura intellettuale. Essa è diminuita assolutamente in

e composizione.

La quantità d' acido fosforico, dell'urea, del cloruro sodico è minore nel maniaco fuori dell' accesso di quello che sia nell'individuo sano; è minima poi nel melanconico, nel quale pure è minore il peso specifico.

k. Quasi tutti gli alienati presentano disordini nella modalità; i dementi e i maniaci con tendenza alla demenza tendono alla immobilità. I pellagrosi in genere presentano una caratteristica rigidità muscolare.

l. La sensibilità dolorifica è abolita nelle manie furiose, la sensibilità cenestetica è pervertita nel maggior numero degli alienati, tanto maniaci che dementi, esaltata nelle isteriche e nei melanconici; in tutti poi si nota una sensibilità singolare per le variazioni dell' elettricità atmosferica.

m. Quasi tutti gli alienati, meno le isteriche, presentano una singolare insensibilità alle sostanze medicamentose, agli alcolici ed ai caffeici.

n. Tre quarti di maniaci presentano l'abolizione degli affetti, pochi altri li hanno esagerati, pochissimi normali.

o. L'intelligenza è abolita nelle demenze, nell'epilessia, in quasi tutte le manie pellagrose, in metà dei maniaci; alcune facoltà sembrano più attive nei monomaniaci, ma in questi nello stesso tempo si riscontrano vaste deficienze in altre facoltà.

p. Per più di tre quarti delle alienazioni di cui si può indagare la causa, inclusa la stessa pellagra, hanno radici ereditarie; e le cause fisiche, il puerperio specialmente, vi predominano assai più delle cause morali nell'eziologia; anzi

queste ultime, rigorosamente parlando, sarebbero una eccezione.

I parenti degli alienati, o sono alienati essi medesimi (66 su 164), o hanno patito gravi nevrosi, come epilessia, isterismo, ecc., o mostrano tendenze ai crimini, o tendenze all'alcoolismo, alla pellagra, a bizzarrie di carattere.

q. Se molti alienati mostrano tendenza al crimine, essi distinguonsi per molti caratteri dai rei non alienati; per es., dai ladri, perché rubano oggetti di nessun valore; degli omicidi perché colpiscono persone a cui erano affezionati, o senza un motivo sufficiente; da tutti per una grande insensibilità affettiva, per la nessuna precauzione prima o dopo il delitto, e per l'incapacità ad associarsi altrui nel commetterlo.

Se vi hanno casi dubbii (e ve ne hanno nel caso concreto ben pochi) l'istruzione del manicomio criminale dovrebbe scemare il pericolo di condannare infelici, tutelando nel-

lo stesso tempo la società, meglio assai e più umanamente che non faccia l'ergastolo.



02

Manicomio “lager”

Il manicomio è formato da cortili recintati con reti alte a cui si affacciano i malati. I vestiti sono di tela grigia, i pantaloni sono senza cinghia e le scarpe senza lacci (cinghia e lacci sono considerati armi per uccidere o uccidersi), le teste sono rasate e rendono i malati l'uno uguale all'altro. Alcuni malati, a volte, vengono immobilizzati con camicie di forza di tela robusta e con maniche lunghe che, una volta indossate, le maniche vengono legate dietro la schiena; se questo non basta, i malati vengono legati al letto con cinghie di cuoio dove vi restano per giorni, settimane o mesi.

Gli internati, in cambio di qualche sigaretta, lavoravano nella colonia agricola o nei servizi generali dove pulivano i reparti, le caldaie, curavano il giardino, si occupavano della lavanderia e distribuivano i pasti.

Le donne, in recinti separati, apparivano ancora più desolate: spettinate, sporche, infagottate in camicioni di tela, avevano sguardi di animali portati al macello, o gli occhi esaltati di chi aspetta il momento della vendetta. Donne giovani, precocemente ingrassate a

cause dei farmaci, sedevano su panche lungo le pareti del camerone. I medici quando parlano dei pazienti, in presenza di altre persone, lo fanno come se i pazienti non possono sentire ciò che essi dicono.

Ma ciò non è vero. Nel camerone c'è un'atmosfera squallida: le donne sono distese a terra, accovacciate, inginocchiate, mezze nude, mentre altre sono sedute su panche appoggiate alle pareti che spesso non bastano per tutte. A tavola, nei refettori squallidi, gli internati sono trattati ancora più da animali: essi mangiano solo con il cucchiaino perché forchette e coltelli sono considerati strumenti pericolosi. L'igiene è molto carente dato che i gabinetti sono due o tre per un centinaio di persone e sono divisi l'uno dall'altro da un muretto basso e privi di porte. Talvolta però i malati non trovano un infermiere disposto ad accompagnarli, e quindi devono fare i propri bisogni nei vestiti e ovunque capita; per questo, specialmente nel camerone, c'è un fetore che ti rimane addosso ovunque vai.

Questo era il manicomio.

STRUMENTI DI CONTENZIONE E TERAPIA

La questione della contenzione fisica accompagna da sempre la storia della psichiatria.

L'atto di Pinel (1794), che simbolicamente dà avvio alla nuova scienza psichiatrica, apparentemente libera gli individui folli reclusi al Bicêtre da "ceppi e catene" per collocarli in un nuovo spazio, il manicomio, utile allo sviluppo degli studi e della cura della follia.

In effetti il nuovo progetto terapeutico, che prende il nome di trattamento morale, si accompagna fin da subito ad atti costrittivi: "il trattamento morale è l'unico ad avere un'influenza diretta sui sintomi della follia..... presuppone l'impiego ragionato di tutti i mezzi che agiscono direttamente sull'intelligenza e sulle passioni degli alienati".

Le catene lasciano il posto a nuovi mezzi di coercizione: sedie di contenzione, cinture di cuoio, manette, collari, camicie di forza.

Nel corso dell'800 rimane inscalfita l'esperienza condotta da Conolly (1856) che abolisce ogni forma di contenzione fisica all'interno di un ospedale psichiatrico inglese.

Agli inizi del '900 si discute a lungo all'interno della comunità psichiatrica italiana, circa l'opportunità di abolire i mezzi di contenzione; il dibattito tuttavia non modifica la pratica coercitiva che rimane pressoché inalterata fino agli anni 60-70, allorché nell'ambito dei profondi cambiamenti che produrranno il superamento dell'Ospedale Psichiatrico, la contenzione fisica viene denunciata e combattuta come espressione di una pratica violenta e disumana, antitetica a qualunque tipo di terapia.

Tutto ciò non ha evitato che la pratica della contenzione fisica si diffondesse di nuovo ai giorni nostri.



FIG.1
Anelli di forza

Cavigliera con catena.
Dimensioni: cm 9.
Lungh. catena cm 42.
Materiale: ferro.

Fascia cilindrica costituita da due parti, a una delle quali è saldata una breve catena completa di lucchetto.

Una delle estremità ha unito un rettangolo in ferro bucatto per fissare la catena al muro.

Il Galloni abolì l'uso delle catene, che è documentato per tutto il XVIII secolo.

Sono rimasti documenti sull'uso di incatenare i malati nudi sulla paglia e di metterli ai ceppi.

FIG. II

Casco del silenzio

Materiale: cuoio in prevalenza.

Copricapo completi di cinturoni di forma svasata per il mento, raccordati da una piccola cinghia nella parte posteriore.

Due esemplari di cuffia del silenzio che veniva usata per i clamorosi.

Al San Lazzaro essi erano probabilmente in auge ancora all'epoca del Biagi (1855-1870).

Il Livi tuttavia provvede a relegarli nel museo delle anticaglie.

II



III

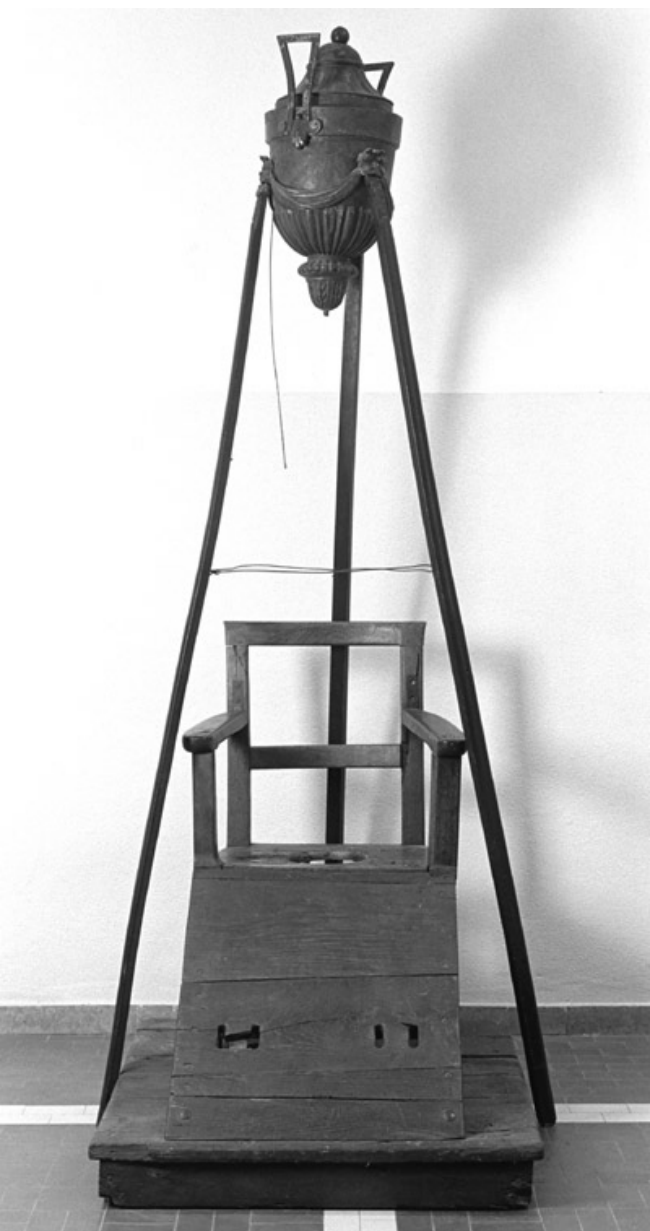


FIG. III

Urna per fare la doccia

Dimensioni: cm 71 (h.) x 43 cm

Materiale: rame, ottone.

È un'urna in stile neoclassico terminante all'estremità inferiore con un piccolo foro.

All'interno vi è un meccanismo per il deflusso dell'acqua.

Poggia su un sostegno alto cm 241, formato da tre aste di legno raccordate in alto da festoni metallici sagomati che la sostengono.

L'uso dell'apparecchiatura consisteva probabilmente nel far cadere acqua goccia a goccia sulla testa dell'ammalato. Fu Pinel che, criticando severamente i bagni e le docce a sorpresa, consigliò invece delle docce tradizionali, di far cadere acqua fresca goccia a goccia sul malato, così da provocare una sensazione di fresco al momento opportuno e per il tempo strettamente necessario.

FIG. IV

Coperchio per bagnarola di forza

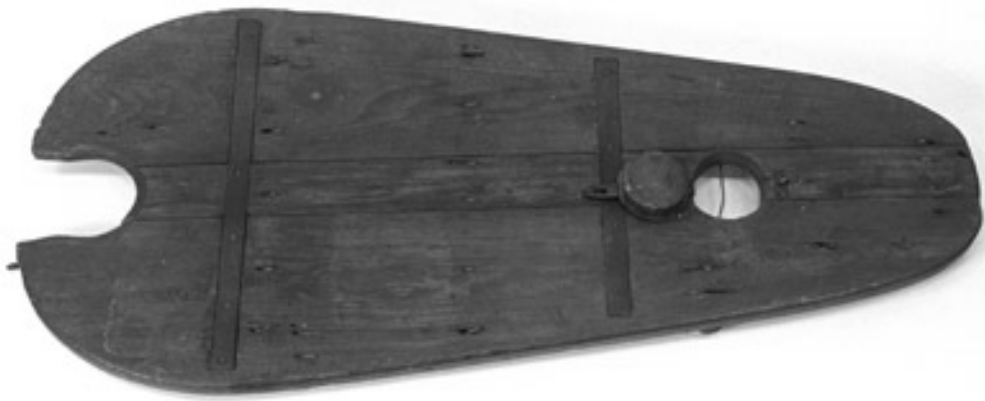
Dimensioni: cm 134, 62.

Materiale: legno in prevalenza.

È un'asse in legno di forma quasi ellissoidale costituita da due parti uguali raccordate da listelli metallici.

Veniva posta come coperchio sulla vasca da bagno dell'ammalato in modo da trattenerlo dentro l'acqua impedendone l'uscita.

L'apertura maggiore, posta ad un'estremità, serviva per permettere al capo di fuoriuscire mentre l'apertura minore, dotata di coperchio posta all'altra estremità, serviva probabilmente per regolare l'immissione dell'acqua



IV

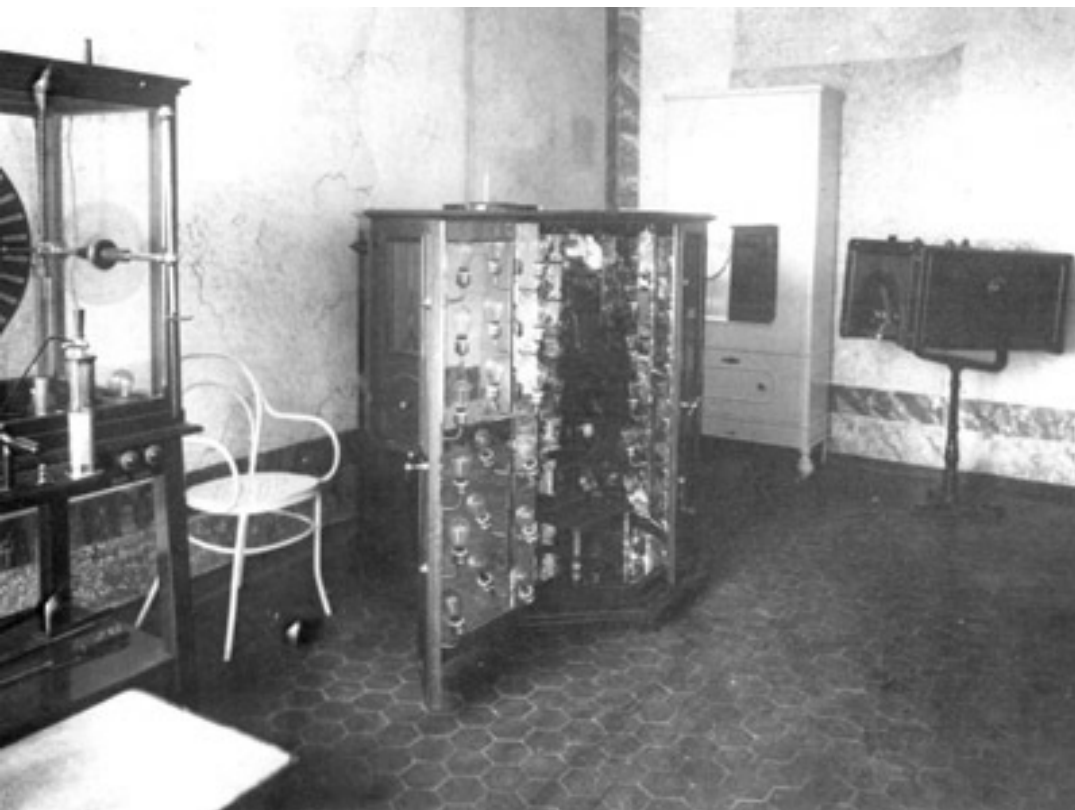


FIG. V

Apparecchio per bagno di luce generale

E. Balzarini, Milano.

Costruito sul modello del bagno di luce ad incandescenza di Kellogg.

Dimensioni: cm 130 (h.), 110 (lato).

Acquistato tra il 1920 e il 1930. Consta di un corpo poligonale in legno rivestito all'interno di specchi e di 48 portalampadine poste in serie verticali.

Su due lati opposti presenta una finestrella (17x17 cm) e in alto un'apertura circolare (27 cm).

Le pareti sono mobili in modo da permettere l'entrata del paziente.

Gli specchi che formano il rivestimento interno fungono da riflettori alle lampadine elettriche, a filamento di carbone dell'intensità di 16-25 candele, le quali, mediante commutatori possono essere acce-

se completamente o parzialmente. Il malato viene introdotto nudo e fatto sedere su un apposito sgabello, col capo fuori della cassa, e sul quale si mantiene per tutta la durata del bagno (che varia dai 10 ai 30 minuti) del ghiaccio.

È bene dopo ogni applicazione fare seguire una immersione in acqua tiepida e quindi porre il malato, avvolto in molte coperte, in letto per favorire la sudorazione

FIG.VI

Bagno idroelettrico quadricellulare

Dimensioni: cm 100, 103, 65.

Su base in legno appoggiano al centro, entro due guide parallele, due vasche in vetro (cm 37, 25, 42).

Esternamente ad esse, a destra e a sinistra, si ergono due colonnette in metallo smaltato su cui appoggia un piano per altre due vasche in vetro (cm 23, 27 65).

Sul fondo delle vaschette va un rivestimento in listelli di legno. Acquistato tra il 1920 e il 1930.

Veniva usato nell'ambito dell'elettroterapia, che negli anni '20 - '40 era considerata una delle branche principali della terapia fisica.

Dopo che il paziente era stato fatto sedere su apposita sedia al centro delle quattro vaschette che erano state convenientemente riempite di acqua tiepida, gli si faceva im-

mergere braccia e gambe nelle vaschette collegate mediante elettrodi ai poli della corrente.

Il principio era quello di applicare corrente galvanica su estesa superficie del corpo; gli elettrodi, anziché essere posti a diretto contatto col malato, pescano nell'acqua che così elettrizzata distribuisce uniformemente la corrente sopra un territorio più o meno esteso dell'organismo.

L'applicazione terapeutica del bagno idroelettrico trovava spazio nel campo di nevriti, paralisi, artriti, nevralgie, atrofie muscolari, miopatie, malattie ghiandolari.



FIG.VII

Apparecchio per l'elettroshock

Dimensioni: cm 25, 36, 36.
Su apposito carrello.

II° modello, entrato in uso al S. Lazzaro nel '39 - '40.

In questo modello i due elettrodi da porsi a contatto delle regioni frontoparietali del capo, sono costituiti da due impugnature a manico terminanti ciascuna in una larga piastra che veniva inzuppata di soluzione salina.

L'elettroshock - che consiste nel provocare attacchi convulsivi e obnubilamento della coscienza mediante uno stimolo epilettogeno elettrico - ha trovato largo impiego nella cura degli stati depressivi e di vari tipi di psicosi.



FIG.VIII
Fermatesta

Dimensioni: cm 34, 25, 30.
Materiale: legno, cuoio imbottito.

È una struttura parallelepipedica, chiusa su tre lati e alla base. È rivestita internamente di cuoio imbottito e ha in ciascuno dei suoi lati un attacco in ferro con corrispondenti cinghie.

La testa dell'ammalato che era stato fissato a letto, veniva a sua volta contenuta entro questa struttura le cui cinghie erano allacciate al letto.

Serviva per impedire che l'ammalato, nel tentativo di liberarsi, urtasse la testa contro le sponde o il piano del letto o, che potendo muovere la testa, riuscisse ad avvicinarsi coi denti alla tela in cui era avvolto e la lacerasse.



VIII



IX

FIG.IX
Forca

Dimensioni: cm 146 (h.).

Struttura a mezzaluna in ferro, rivestita di cuoio, retta da una perlica di legno, usata per mettere al muro gli agitati.

Utilizzata in epoca precedente il Galloni, forse anche nell'epoca Biaggi.
Proviene dai resti del museo delle anticaglie fondato dal Livi.

Manicomio “lager”



X



XI

FIG.X-XI

Fucile

Dimensioni: cm 142, 10.

Due fucili dei primi del XIX sec., eseguiti completamente in legno anche nell'acciarino.

A. Galloni distribuiva fucili come questi, oppure finte sciabole ai suoi malati cui faceva indossare divise militari e, dopo averli disciplinati, li conduceva nei dintorni dell'ospedale a fare brevi marce.

Questa pratica rientrava nell'ambito della cura morale istituita dal Galloni e si proponeva lo scopo di offrire un passatempo agli alienati oltre che di fare eseguire loro movimento e ginnastica muscolare, facendo così acquisire contemporaneamente il senso dell'ordine e della disciplina che, pensava il Galloni, avrebbe potuto servire anche a riordinare i pensieri della mente.

FIG.XII

Guanti senza dita

Chiamati anche manopole o muffole impropriamente.

Un paio in cuoio con allacciatura a fibbia.

I guanti senza dita in cuoio erano un mezzo di contenzione molto in uso in Europa nella prima metà dell'800 ed erano salutati come un'innovazione benefica rispetto ad altri mezzi per le braccia.

I guanti dopo essere stati fatti calzare dall'ammalato, venivano infilati e fissati ad anelli uniti – tramite una corta catena – ad una cintura stretta alla vita dell'ammalato.

In questo modo le mani erano impossibilitate a muoversi e quindi, come nei timori dello psichiatra, a rompere alcunché o a colpire o a lacerare o a fare atti di autolesionismo, mentre le articolazioni degli arti superiori non erano bloccate.

XII



XIII

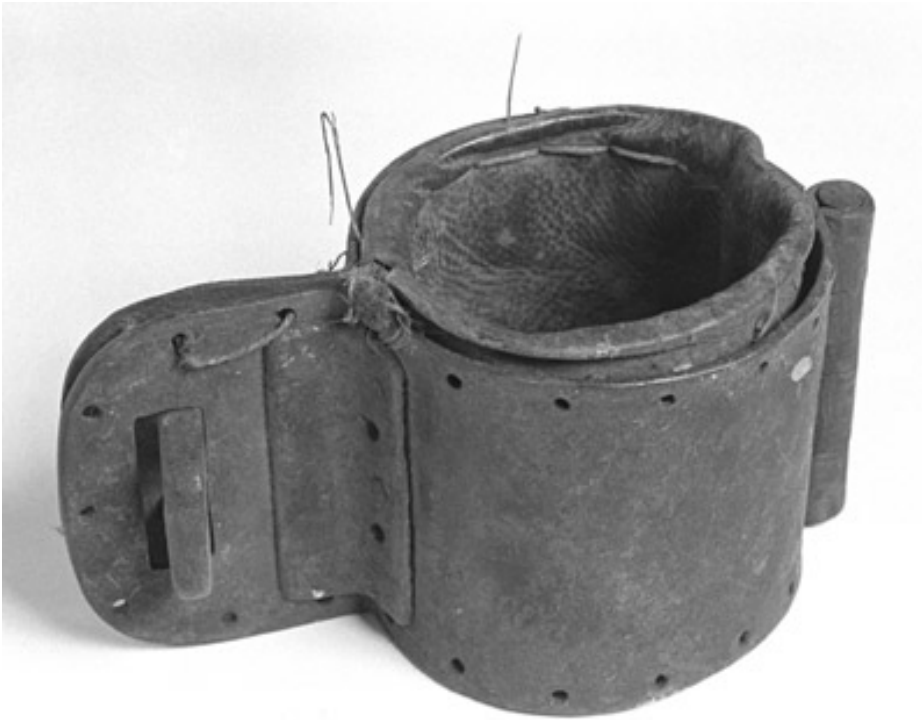


FIG.XIII

Manette

Dimensioni: cm 7 (circonferenza).
Materiale: ferro e pelle.

Struttura circolare in ferro rivestita in pelle, dotata di apposito lucchetto.

Sono citate come mezzo di contenzione al S. Lazzaro ancora all'epoca del Biagi.

Ve ne erano di vari tipi.

Alcune permettevano una chiusura dietro le spalle ed un fermo ad un passante della camicia di forza.

Esquirol le aveva inserite tra quei mezzi più dolci delle catene e le preferiva, appunto, di ferro guarnito di cuoio.

Le manette erano spesso preferite alla camicia di forza, sia perché più resistenti, sia perché più sicure.

Esisteva anche un manicotto di spesso cuoio che imprigionava contemporaneamente le due mani.

FIG.XIV

Cavigliere di contenzione

Dimensioni: cm 40 (lu.),
10 (circonferenza).

Materiale: cuoio, crine, ferro.

Strutture circolari in crine rivestite di cuoio, complete di cinghie e fibbie, congiunte da una catena di ferro.

XIV



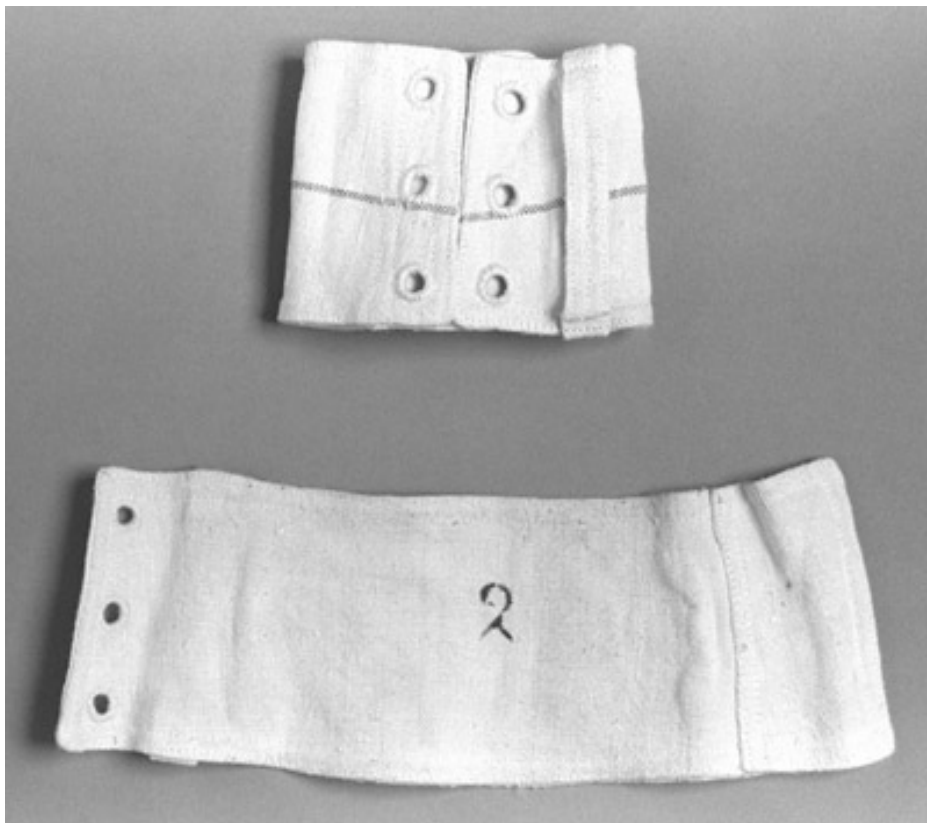
Manicomio "lager"

FIG.XV

Polsini di forza

Materiale: tela di canapa.

Strisce in tela doppia, la cui allacciatura è costituita da un sistema di sei occhielli e da un passante per cinghie di contenzione. Il passante permetteva di fissare i polsi al letto di contenzione



XV

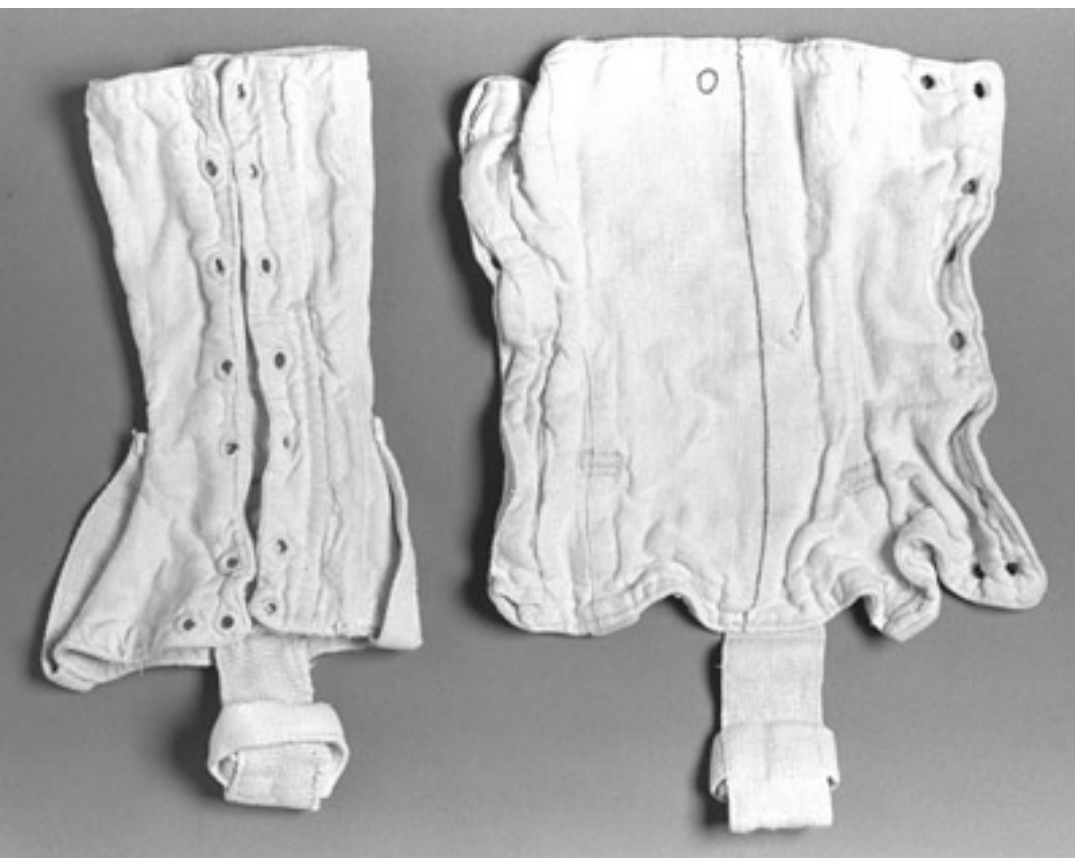


FIG.XVI

Ghette di forza

Materiale: tela di canapa.

L'allacciatura è costituita da occhielli, sei per parte, e da passanti per cintura di contenzione. Permettevano di bloccare il piede al letto di forza.

XVI

FIG.XVII
Collare

Dimensioni: circ. est. cm 57,
int. cm 10,5.

Materiale: cuoio in prevalenza e
ferro.

Disco con apertura circolare al cen-
tro e taglio d'inserimento nella par-
te posteriore.

Duplici chiusure: fibbia e cinghia.



XVII



XVIII

FIG.XVIII
Camicia di forza

Dim. della camicia aperta: lu. cm
65, la. cm 120, manica cm 100.

Materiale: tela di canapa.

Capo realizzato in doppia tela, do-
tato di lunghissime maniche cucite
alle estremità e di allacciatura la-
terale posteriore per mezzo di 11
occhielli per parte.

Ampi passanti sulle spalle, sugli
avambracci, al fondo delle maniche
e nel bordo inferiore del davanti.

Considerato in genere il mezzo più
pratico per il controllo dei malati.

Manicomio "lager"

FIG.XIX

Cintura di contenzione - I

Dimensioni: lung. cm 148,
h. cm 9.

Materiale : cuoio, pelle imbottita di
crine e corda.

Corpo cilindrico in crine rivestito di
corda intrecciata e pelle raccordata
ai lati da una cinghia.

XIX



XX



FIG.XX

Sedile di contenzione a due posti

Dimensioni: cm 126x112x81.

Materiale: legno in prevalenza, cuo-
io imbottito.

Corpo rettangolare con braccioli
sagomati e schienale regolare con
listellature al centro.

Separazione lignea tra i due posti.
Appoggia-caviglie imbottito e rive-
stito in cuoio con cinghia di contenzione

FIG.XXI

Letto di contenzione

Dimensioni: cm 73x215x73,5.

Materiale: ferro smaltato.

Telaio completo di rete, irrobustito sulle sponde da listellature verticali e da un fascia con foro ai lati all'altezza della testa.

Ai piedi, occhielli per il fissaggio al pavimento.



XXI



XXII

FIG.XXII

Cintura di contenzione - II

Dimensioni: cm 113,
circ. manetta cm 8.

Materiale: cuoio, ferro, pelle.

Cinghia in cuoio con chiusura ad incastro, a cui sono fissate manette in ferro rivestite.

Questi due tipi di cinture vengono usati fino all'epoca del Livi che li collocò nel museo d'anticaglie.

La sua introduzione costituì, nonostante ai nostri occhi appaia uno strumento di tortura, un notevole progresso perché sostituì in molti i casi i ceppi e le catene o altri mezzi che tenevano immobilizzate, oltre che le mani, anche le braccia.

LA GIORNATA DEL PAZZO

La cronaca che segue è tratta da Manicomio addio (Letterio Scopelliti, Manicomio addio, con prefazione di Franca Ongaro Basaglia, Arti Grafiche Friulane, Udine 1998): è un'agghiacciante testimonianza di quello che succedeva all'interno del manicomio di S. Osvaldo.¹

Marzo 1987

Ore 05.00

Il pazzo viene svegliato. Deve cambiare le lenzuola e lavare le persone più sfortunate di lui: gli allettati e gli incontinenti. Tutto questo avviene alle 5 perché il cambio turno degli operatori è alle 6 e l'operatore sanitario, a quell'ora, deve aver terminato di svolgere le sue mansioni.

altre giustificazioni più frequenti.

Ore 09.00

E' l'ora delle prime colazioni degli infermieri. Il pazzo di turno viene accompagnato a riscuotere la pensione e rientra in reparto con una borsa di spesa che va dalle 30 alle 50 mila lire, e che offrirà all'operatore per ringraziarlo del favore. Se avanza fame si compensa con razioni fatte avanzare dalla cena del giorno prima.

Ore 09.30

A giudizio dell'operatore in servizio il pazzo può uscire. A volte deve pagare il pedaggio. Si tratta di mille lire o di alcuni gettoni per la macchinetta del caffè, oppure deve promettere di rientrare con il pacchetto delle sigarette per l'infermiere. E così il pazzo si vede dimezzare la sua disponibilità economica giornaliera, prima ancora di uscire dal reparto. Il pazzo non può portarsi addosso nessun tipo di bene

Ore 06.00

Volente o nolente il pazzo deve alzarsi.

Ore 06.30

Il pazzo più sveglio a quest'ora è già rinchiuso a chiave in una piccola camera o meglio ancora in un servizio igienico (una vecchia turca) di 1x1.50 m dove è costretto a stare anche in piedi. Gli verrà aperta la porta per 10 minuti alle 7, per la colazione, e per 15 minuti alle 11, per il pranzo.

Ore 07.00

E' l'ora della prima terapia. Le prescrizioni del medico sono sempre esagerate, molto spesso alterate, e spesso rifatte completamente, sia per la tipologia del farmaco che per la qualità. In generale l'infermiere non ha alcuna conoscenza in fatto di azione collaterale o controindicazioni e semplicemente non sa quale sia l'uso dei farmaci. Nemmeno di

prezioso: prima o poi sparisce; al pazzo che si reca al bar esterno al manicomio (al gatto nero) per bere un caffè viene negato l'ingresso perché sprovvisto del tesserino rilasciato dal comune; a giudizio arbitrario e soggettivo dell'operatore in servizio il permesso di uscire dal reparto è negato anche a persone autosufficienti; le botte e le minacce spesso fungono da terapia sedativa.

Ore 09.45

Da alcuni giorni al pazzo è stata variata la terapia (il medico gli ha prescritto Serenase) e così trema vistosamente. Secondo il parere di alcuni operatori la causa è da addebitare al numero di caffè che beve giornalmente (invariato da anni). Non viene neanche presa in considerazione la possibilità di chiedere il parere del medico. Il pazzo è "su di giri" e gli viene somministrato un supplemento di Serenase.

quelli che vengono usati maggiormente.

Ore 07.30

La temperatura non supera i 7 gradi. Il pazzo viene mandato in cortile e lì ci deve stare chiuso a chiave.

Ore 08.30

Entro quest'ora il pazzo deve aver rifatto i letti, scopato il pavimento e lavato le camere, i corridoi, il salone e la cucina, comprese le scodelle della colazione. Il più delle volte queste mansioni vengono eseguite dallo stesso pazzo ogni giorno festivo e feriale che sia. Non importa se non vuole, deve farlo. Sempre le stesse cose per anni. Può saltare il turno solo se il termometro segna la febbre molto alta. Un operatore che prova a sostituire quel malato va in "controcorrente". E' soggetto a condanne e pressioni psicologiche di ogni tipo. "interrompe la terapia" o "gli toglie la costanza del suo ruolo": queste e

Ore 10.00

Il pazzo compie 79 anni. E 10, 20, 30 o 40 di questi li ha vissuti in ospedale psichiatrico. Del compleanno non gli importa molto. Per fargli la festa viene spogliato completamente e obbligato ad indossare altri abiti, compresa la cravatta che lui odia. Lo costringono a rimanere nel reparto ed aspettare le torte. Le scelte del malato non hanno importanza. Si deve adeguare, volente o nolente, alle imposizioni dell'operatore. Come dire: quando per l'operatore le cose vanno bene vuol dire che il pazzo sta guarendo, quando esprime le sue scelte vuol dire che si sta ammalando sempre di più.

Ore 10.30

Il pazzo a quest'ora sta già barcollando sotto l'effetto dei troppi sedativi somministrati a colazione. Barcollerà o dormirà fino a pranzo, momento in cui, oltre al pasto

gli verrà somministrata la terapia delle 12. Terapia che spesso non è neppure di prescrizione medica.

Ore 12.00

Il pasto del pazzo fa schifo.

Non è abbondante, di buona qualità e nemmeno vario.

Le razioni che arrivano in reparto non superano mai il numero pre-stabilito di presenze.

Non per dire di riuscire a dare due razioni a qualcuno, quanto per dire che qualcuno non mangia proprio.

Alcuni operatori riescono a recuperare fino a dieci razioni che servono per le varie merende del turno.

La frutta arriva saltuariamente, sono maggiori le volte che arriva a casa dell'operatore. Spesso è perfino marcia. C'è anche l'operatore che specula sul vino di sua produzione, vendendolo adulterato con acqua in percentuale molto alta.

Al pazzo va bene. Capita che nel cercare un qualsiasi sfogo un pazzo sbatta un bicchiere per terra. Viene

certamente castigato con violenza fisica. Due scodelle rotte possono costare al pazzo quattro giorni di contestazione fisica.

Lo sfogo, anche se motivato, non può essere espresso. Non solo, ma denota sicuramente una mancanza di copertura psicofarmacologica.

Ore 14.00

A mo' di clava si può usare anche il lungo filtro della lavastoviglie.

Questo per invogliare il pazzo a farsi il bagno.

Ore 14.30

Per farsi il bagno il pazzo si ritrova con 21 matti, ammassato, nudo, in una stanza di 3x5 m innaffiato con una gomma da giardino.

Non c'è da stupirsi se quasi sempre qualcuno esce contuso o ferito.

Ore 15.00

Il pazzo è costretto a eseguire alla lettera gli ordini dell'operatore per non subire violenze fisiche.

Spesso sono ordini con fine puramente canzonatorio: cose senza senso, meschine, inumane tanto da riderci sopra. La posta per il pazzo può essere aperta, letta e cestinata senza fargliela vedere.

Ore 15.30

A volte i parenti che vengono a far visita ai coniugi li trovano chiusi a chiave senza motivo plausibile ma oltre alla richiesta di liberarli in quel momento non fanno altre rimostranze.

Ore 17.45

Al pazzo, che stamattina alle 6.30 è stato chiuso nel servizio di 1x1.5 m viene aperta la porta con queste parole: "adesso mangi e dopo vai di corsa a letto".

Ore 18.00

Il pazzo viene mandato a letto.

Questa è la giornata del pazzo.

Lui la vive nella continua tensione che sa irrisolvibile tra il cercare di

fuggire e nascondersi e il sapere che in ogni caso viene raggiunto o trovato. Una violenza costante e spaventosa, inimmaginabile per chi non vive assieme a lui.

Neppure la morte del pazzo è degna di rispetto.

Ore 04.00

Il pazzo può morire anche solo, durante la notte, chiuso a chiave nella sua cameretta o, di giorno, su una sedia.

Il funerale del pazzo può essere fatto anche a spese del Comune. Immane però i parenti vengono il giorno dopo a ritirare i 30 o 40 milioni lasciati dal pazzo. Per i soldi può anche capitare che vengano...prima che muoia.



FIG. 1
CARTELLO CON NORME
REGOLAMENTARI PER
LA VISITA DEI PARENTI
AI RECLUSI,
MANICOMIO S. LAZZARO
REGGIO EMILIA

LA VITA IN MANICOMIO ATTRAVERSO LA FOTOGRAFIA

Nate a distanza di pochi decenni l'una dall'altra tra la fine del Settecento e la prima metà dell'Ottocento, l'incontro tra psichiatria e fotografia aveva dato come risultato l'uso didascalico della tecnica fotografica per individuare, osservare e classificare la malattia mentale⁷. I fotografi erano entrati nel manicomio come delegati dei medici, con il solo scopo di applicare una tecnica di fedele riproduzione della realtà a una forma di malattia. La loro figura coincideva spesso con quella dei medici stessi, che per buona parte del secolo si erano avvalsi della macchina fotografica per documentare i segni della malattia, classificarli e trasmetterli ai propri studenti. La psichiatria positivista ottocente-

sca aveva usato la fotografia come garanzia di sapere scientifico, alimentando parallelamente l'illusione di poter contenere la malattia attraverso l'istituzione manicomiale. La tecnica fotografica permetteva infatti di superare i problemi legati alle riproduzioni pittoriche (i disegni) dei pazienti da curare e di costruire un efficiente strumento didattico.

Guardando i segni della malattia impressi sulla lastra fotografica si credeva fosse possibile studiare la sua realtà per riconoscerla sul campo e poterla reprimere. I corpi fotografati assumevano così puro valore documentario, oggetti attraverso cui individuare sintomi di follia.

Sul finire del secolo, la fotografia aveva progressivamente perso il suo interesse classificatorio e didattico per lasciare il posto a immagini celebrative dell'"ordine" che gli ospedali psichiatrici opponevano al "disordine" della follia

dei loro internati (uso oleografico). Nello stesso periodo erano fioriti gli studi di criminologia, culminati in Italia nell'affermazione dell'antropologia criminale da parte di Cesare Lombroso.⁸

La fotografia psichiatrica divenne allora strumento per minacciare gli internati così come i criminali rinchiusi nelle prigioni, con funzione paragonabile a quella dei wanted americani (uso identificativo e costrittivo)⁹.

Questo uso della fotografia in psichiatria non cambia sostanzialmente fino alla metà degli anni Sessanta, quando un gruppo di fotografi fortemente impegnati nel sociale decide di usare la macchina fotografica per documentare con sguardo diverso l'istituzione psichiatrica.

Questi fotografi entrano nei manicomi con l'intento di allontanare lo stereotipo sul folle diffuso nella società e di recuperare il valore delle persone che li popolano, narrando

la storia violenta che subiscono al loro interno.

Cambia drasticamente il modo di produrre le immagini del disturbo mentale e molti di questi documenti fotografici, a loro volta, serviranno a cambiare il sapere psichiatrico: "il manicomio diventa, finalmente, fonte di informazione, e fonte produttiva. Gli autori lavorano nel manicomio abitandolo ..."¹⁰.

Da quel momento alla promulgazione della 180, tuttavia, è necessario distinguere due momenti fondamentali nella costruzione di questa svolta comunicativa: un primo momento di denuncia, durante il quale fotografi come D'Alessandro, Cerati, Berengo Gardin entrano negli ospedali psichiatrici per documentarne l'orrore; e un secondo momento quando, grazie all'esperienza di Franco Basaglia a Trieste, i comunicatori entrano negli ospedali psichiatrici come loro seppur temporanei abitanti, per scattare le immagini dell'apertura

verso l'esterno.

La fotografia è sì interpretazione di una vicenda sociale e scientifica, ma anche e soprattutto testimonianza, prova comunicativa dell'orrore in corso negli istituti psichiatrici e della necessità di chiuderli.

Superata questa fase della denuncia, i fotografi dell'"apertura" vanno alla ricerca delle modalità visive per mostrare la definitiva rottura fra la vecchia scienza medica, l'istituzione e il disturbo mentale. Comunicazione, psichiatria e tutti i protagonisti del discorso della salute mentale si trovano in un nuovo rapporto.

Le fotografie di questi periodi diventano veri e propri racconti costruiti da comunicatori che narrano per immagini una situazione in cambiamento, facendo uso di strategie visive e riferimenti iconografici consolidati da inserire nel nuovo sistema di valori che si andava consolidando attorno al termine

"psichiatria"¹¹.

Non solo i racconti fotografici mostrano in modo nuovo volti e contesti, ma contribuiscono anche a mettere in discussione il discorso scientifico corrente, la sua incapacità di rispondere al disagio della follia e consegnano al pubblico la complessità dei suoi protagonisti.

Quando fanno vedere le persone rinchiusi in manicomio o quelle finalmente liberate, le fotografie inquadrano allo stesso tempo l'esperienza umana della loro sofferenza; focalizzano sulle emozioni, fuori dagli stereotipi correnti, e le riflettono sul loro pubblico con forza persuasiva (da qui la loro forza performativa), mostrano la frattura che si sta producendo fra sapere scientifico e realtà dell'istituzione manicomiale.

Prima degli anni Sessanta, la fotografia aveva agito come sostituto dell'esplorazione diretta del paziente e si era arrivati alla sua definitiva oggettivazione; il mezzo



FIG. 2
MANI DI UNA RECLUSA
FOTOGRAFIA TRATTA DAL LIBRO
"AMATI MATTI. STORIE DI PAZIENTI
PSICHIATRICI", AUTORI VARI

fotografico era "strumento che annullava non solo il rapporto medico-paziente, ma l'effettiva interiorità di quest'ultimo".¹²

Risalendo dai racconti fotografici alla storia della psichiatria, attraverso le immagini della denuncia e dell'apertura si testimonia la progressiva perdita di potere del medico, del suo controllo. Chiudendo il manicomio la comunità scientifica sta infatti ammettendo la sua impotenza, l'inefficacia dei metodi applicati dall'istituzione dalla quale proviene e che ora rifiuta.^{13 14}

Le immagini e le storie raccontate dai fotografi che hanno vissuto quell'esperienza comunicativa sono il segno di come l'istituzione ha agito e di come è cambiata sulla spinta del movimento basagliano: la riforma di Basaglia non recepiva soltanto la distruzione della forma-manicomio, ma assumeva come proprio oggetto non più la determinazione di confini della malattia e quindi l'identificazione delle sue

categorie, bensì il trattamento della malattia, identificato dalla capacità del sistema dei servizi territoriali di rispondere efficacemente al caso specifico.

Ripercorsa la frattura fra scienza e manicomio per porre fine con la distruzione del mondo istituzionale ad una insostenibile aporia teorica e pratica, la psichiatria denunciava la propria incapacità di comprendere entro le categorie del discorso medico tutta la complessità dell'esperienza umana alienata.¹⁵

Attraverso lo studio della fotografia per comunicare la follia e l'istituzione psichiatrica è stato possibile ricostruire l'esperienza di un cambiamento nel suo costruirsi interpretativo.

Abbattute le scenografie degli ospedali psichiatrici e avanzate le esperienze dei centri di salute mentale, tuttavia, comunicare visivamente la salute mentale senza rischiare gli stereotipi dello stigma rimane oggi un problema aperto.

FIG. 3-4-5-6-7
IMMAGINI DI RECLUSE
FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO
"AMATI MATTI. STORIE DI PAZIENTI
PSICHIATRICI", AUTORI VARI



3



4



5



6



7





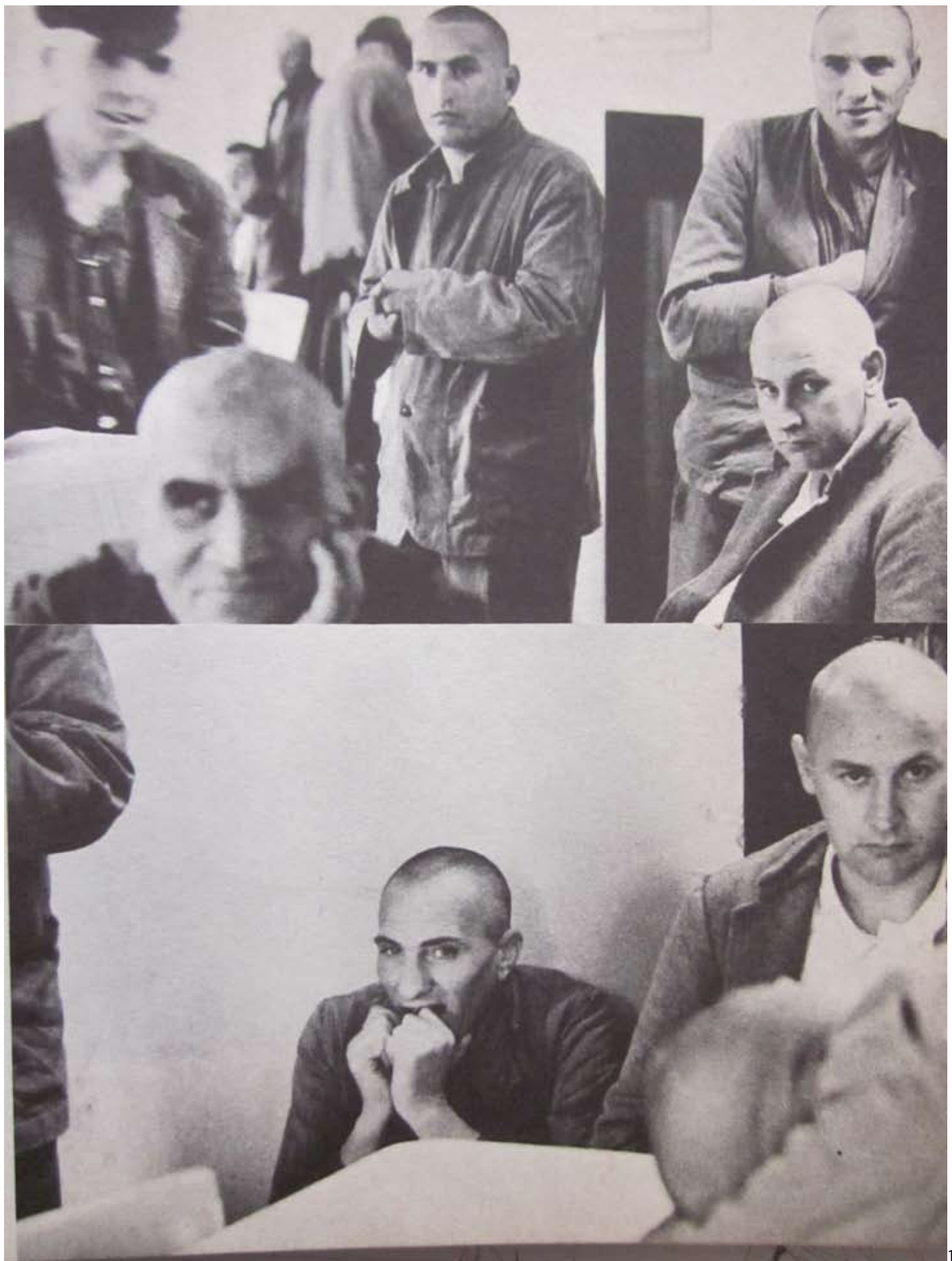
FIG. 8-9-10
IMMAGINI DI RECLUSE
FOTOGRAFIE TRATTE DAL
LIBRO "MORIRE DI CLASSE. LA
CONDIZIONE MANICOMIALE
FOTOGRAFATA DA CARLA
CERATI E GIANNI BERENGO
GARDIN",
A CURA DI F. E. F. BASAGLIA
ED. EINAUDI
1969

9



10

73





12 FIG. 11-12
IMMAGINI DI RECLUSI
FOTOGRAFIE TRATTE DAL LIBRO
"MORIRE DI CLASSE. LA CONDIZIONE
MANICOMIALE FOTOGRAFATA DA
CARLA CERATI E GIANNI BERENGO
GARDIN",
A CURA DI F. E. F. BASAGLIA
ED. EINAUDI
1969



FIG. 13-14-15-16
IMMAGINI DI AMBIENTI
MANICOMIALI
FOTOGRAFIE TRATTE
DAL LIBRO "MORIRE DI
CLASSE. LA CONDIZIONE
MANICOMIALE
FOTOGRAFATA DA
CARLA CERATI E GIANNI
BERENGO GARDIN",
A CURA DI F. E. F.
BASAGLIA
ED. EINAUDI
1969

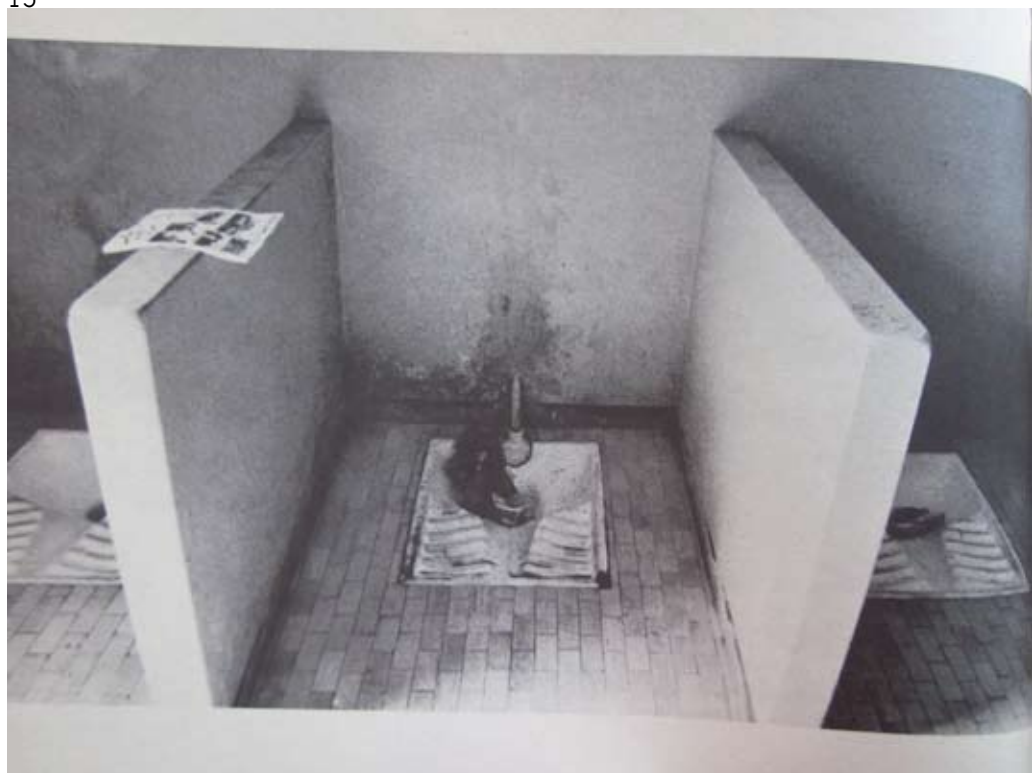
13

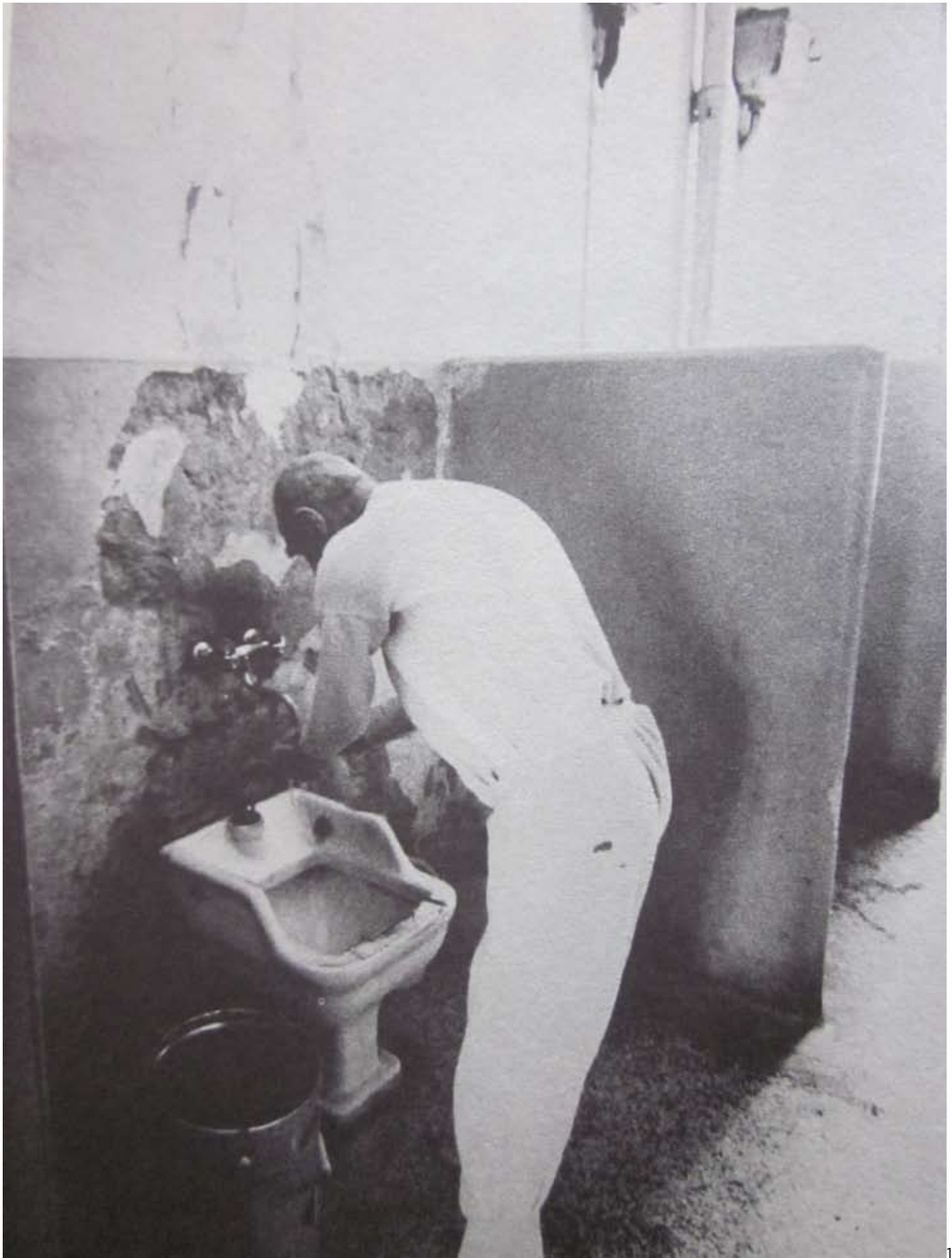


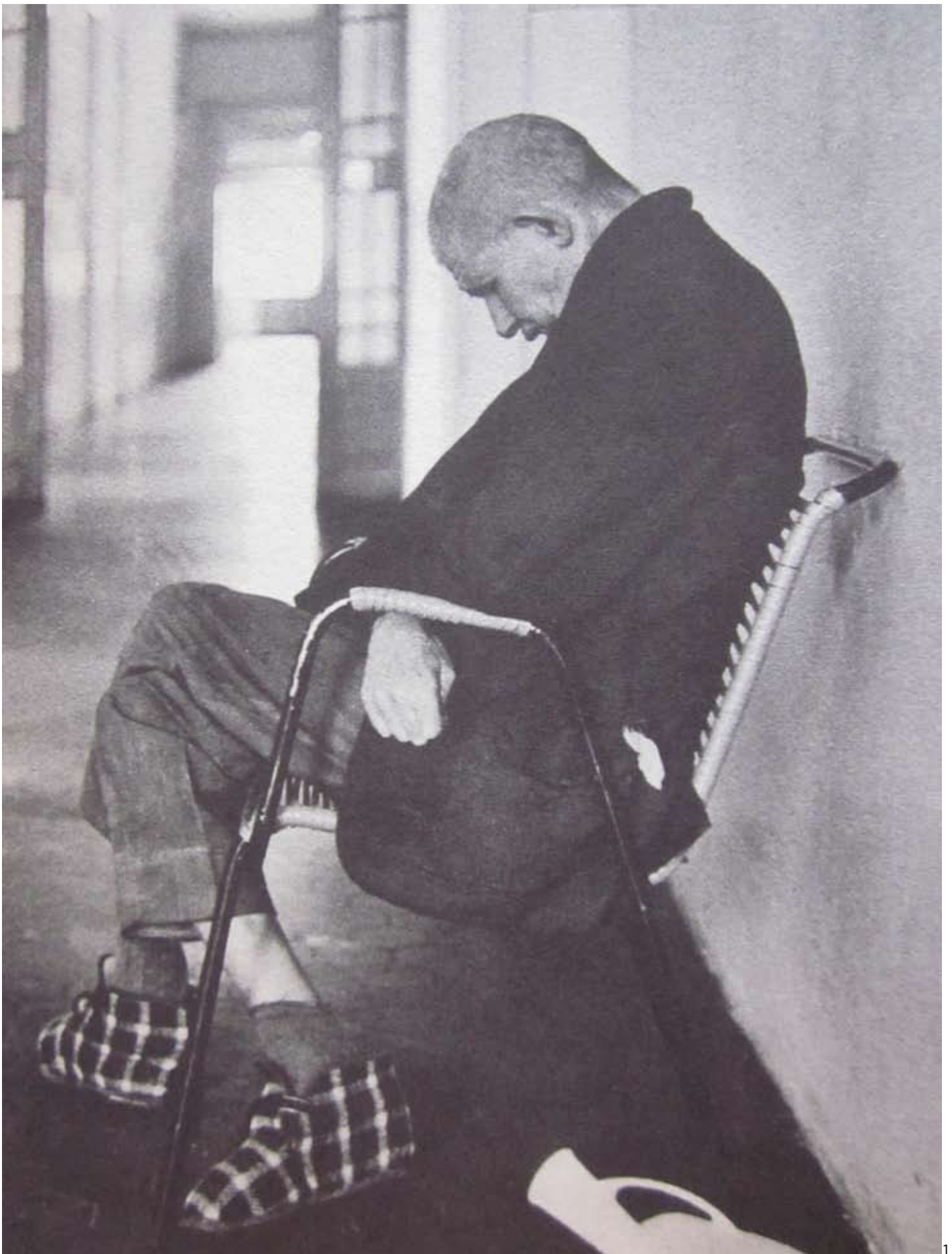
14

76

15







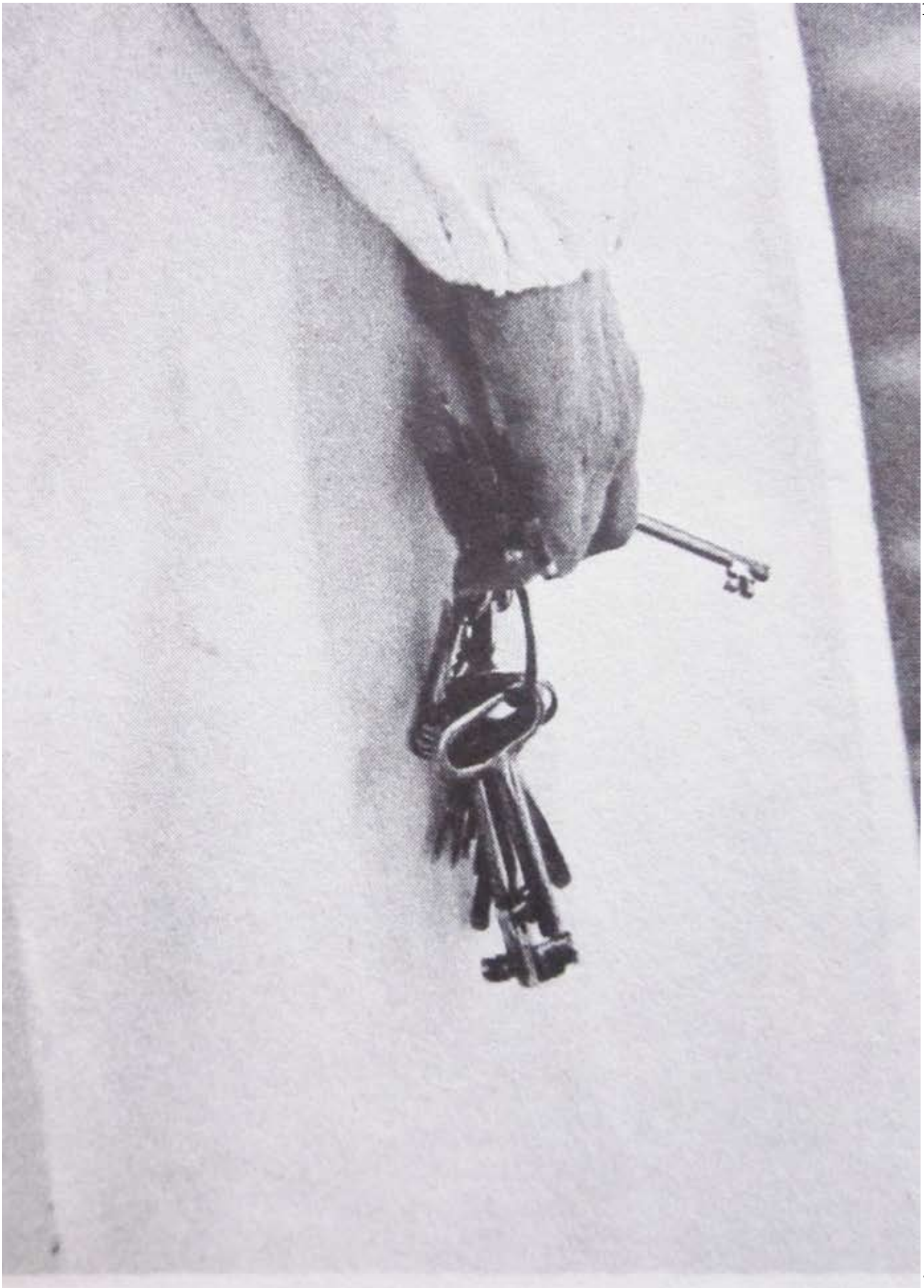




FIG. 17-18-19-20
IMMAGINI DI RECLUSI
FOTOGRAFIE TRATTE DAL
LIBRO "MORIRE DI CLASSE. LA
CONDIZIONE MANICOMIALE
FOTOGRAFATA DA CARLA
CERATI E GIANNI BERENGO
GARDIN",
A CURA DI F. E. F. BASAGLIA
ED. EINAUDI
1969

FIG. 21
POESIA DI UN RECLUSO
TRATTA DAL LIBRO "MORIRE
DI CLASSE. LA CONDIZIONE
MANICOMIALE FOTOGRAFATA
DA CARLA CERATI E GIANNI
BERENGO GARDIN",
A CURA DI F. E. F. BASAGLIA
ED. EINAUDI
1969

19



Quando la tua pazzia
non desiderata
Quando la tua pazzia
non voluta
viene strangolata
nelle sbarre della fossa
Tu
da impotente caprone
ti trasformi in uomo
e l'unico mezzo per farlo
L'unico mezzo
per stupire i camici bianchi
che ti vogliono curare a fondo
è quello di rinchiuderti
in una pazzia voluta
e quando vuoi essere pazzo
nessun camice bianco
riuscirà a trarti
fuori dalla fossa.
Tu
vuoi essere pazzo
e sarai
un beato felice pazzo
per tutto il resto
della tua vita
Pazzo.

(Scritta nell'unica luce di notte (cesso) alle ore 3
del 10 settembre 1968 nell'ospedale psichiatrico di...)

UNO SGUARDO CLINICO

Tra gli inizi dell'Ottocento e la metà del secolo in quasi tutti gli istituti psichiatrici d'Europa viene predisposto un nuovo, fondamentale, strumento: la cartella clinica.

Nascono, correlativamente, gli archivi sanitari, destinati a raccogliere, in veri e propri dossiers individuali, i materiali relativi ai singoli ricoverati.

A partire dalle primitive registrazioni dei dati anagrafici ed anamnestici più elementari, dalle module mediche che cominciano ad accompagnare l'ingresso dei malati in manicomio, le cartelle cliniche si perfezionano progressivamente lungo l'arco di un secolo, fino a diventare complesse raccolte di dati, comprensive di informazioni di carattere economico-sociale, antropologico, fisico, comportamentale. Queste raccolte di dati varieran-

no col modificarsi dei paradigmi clinico-nosografici ed eziopatologici fondamentali, e come tali essi costituiscono per lo storico, oggi, delle fonti insostituibili – ed ancora insufficientemente indagate – per l'opera di ricostruzione del concreto operare dei medici all'interno delle istituzioni psichiatriche.

Si tratta di materiali assai eterogenei, costituiti dalle minute di perizie o di relazioni sullo “stato de' dementi” ricoverati, in risposta a sollecitazioni provenienti da istanze politico-istituzionali diverse (Comuni, Prefetture, organi di Polizia, Congregazioni di Carità, ecc.), più raramente da altri medici o da altre istituzioni psichiatriche, a testimonianza della funzione originariamente svolta dalla psichiatria: la gestione di quel problema ormai specifico rappresentato dalla follia per l'insieme della società.

Le entità cliniche sono ovviamente modellate sulla tassonomia di Pinel ed Esquirol, ed è possibile vederne cettuali – con le correlative entità semeiotiche, diagnostiche e nosografiche che lì vengono predisposte – sia in rapporto ad una serie di sollecitazioni eterogenee (famiglie, poteri pubblici, istituzioni) in funzione delle quali sempre più la psichiatria sarà chiamata ad operare. A partire dagli anni quaranta diviene sistematica la consuetudine di accompagnare l'entrata in manicomio di ogni paziente con brevi storie cliniche, solitamente redatte dal medico curante (o talvolta dal medico condotto) al momento della richiesta di ricovero. La configurazione di tali documenti è assai mutevole, dato che a volte ci troviamo dinnanzi a descrizioni puramente empiriche, basate sui soli dati comportamentali, come potrebbero essere dettate dal semplice “common sense”, mentre a volte l'apparato categoriale che utilizzano è più complesso ed articolato, ponendo così il problema del livello di diffusione e circolazio-

ne del sapere psichiatrico all'interno della più generale corporazione medica.

Verso il 1855 appare un nuovo tipo di documento, che comincerà a venire archiviato in modo sistematico solo a partire dal 1860. Si tratta della cosiddetta “Commemorazione”, un modulo fisso a stampa che doveva venire compilato – generalmente dal medico del luogo di provenienza del ricoverato – al momento dell'invio in Frenocomio. La sua funzione consisteva essenzialmente nel fornire informazioni su “la vita dell'ammalato, la sua educazione, professione, stato civile, la data della malattia, le ricadute” e tutto quanto possa fornire “indizi della più alta importanza, quelli cioè che possono spargere luce sulle cause della malattia”.

Alla metà degli anni settanta la commemorazione, nel frattempo già trasformata in “polizza”, diventerà una “modula informativa medica per l'ammissione dei ma-

la declinazione teorico-pratica proprio in questi documenti.

Vi è poi un secondo tipo di documentazione, ancora incerta e confusa prefigurazione di quelli che diventeranno i dossiers individuali: singoli fascicoli relativi a diversi ricoverati, e composti perlopiù da scambi epistolari tra la Direzione medica e alcune famiglie di ricoverati. Nonostante la povertà sul piano dell'elaborazione “teorica” di tali materiali, essi sono pur tuttavia importanti ai fini della comprensione del tipo di concezione e di rappresentazione sociale della follia diffusa ai primi dell'Ottocento, nonché di tutte le interferenze (debiti, contaminazioni, trasmissioni da un campo all'altro) che si realizzeranno tra discorso medico e opinione comune.

Attraverso tali materiali è possibile ricostruire il lento processo di formazione dello “sguardo medico” così come si specifica sia in relazione ai grandi quadri clinici e con-

lati”, a quel punto però parte integrante di un corpus documentario assai più complesso rappresentato dalle cartelle cliniche e da tutto ciò che al loro interno viene raccolto.

È solo a partire dal 1870 che appaiono i primi esempi di cartella clinica.

Inizialmente le cartelle presentano caratteristiche morfologiche ancora piuttosto sommarie: vi sono brevi notazioni intorno all'eziologia, all'ereditarietà eventuale, alla sintomatologia precedente e durante l'internamento, alle terapie adottate ed al decorso della malattia.

Uno scarno “sunto storico” ha poi il compito di assicurare la circolazione, all'interno dell'istituto e tra le diverse istanze della gerarchia ospedaliera, di tutte le suddette informazioni.

Interverranno in seguito numerose modificazioni, legate ad una sempre maggior specificità e dettaglio delle informazioni, subordinatamente agli interrogativi dello

sguardo medico.

All'incirca nella stessa epoca, all'interno delle cartelle cliniche cominciano, inoltre, ad accumularsi numerosi materiali la cui natura è assai eterogenea: certificati anagrafici e documenti amministrativi diversi, attestati di povertà, corrispondenze del Medico Direttore con le famiglie o con altri medici. Ma soprattutto due tipi documentari sono rilevanti: le perizie mediche redatte soprattutto dal Medico Direttore sia su richiesta dell'autorità giudiziaria, in occasione di procedimenti penali a carico di qualche ricoverato per determinarne l'eventuale punibilità o nei casi di procedimenti d'interdizione sollecitati dalle famiglie, sia in occasione del trasferimento di qualche paziente presso un'altra istituzione psichiatrica; i materiali autografi dei ricoverati.

Si tratta prevalentemente di lettere e corrispondenze varie che prima di ricevere l'autorizzazione ad uscì-

re dal frenocomio venivano sottoposte al vaglio della direzione.

È solo nel 1877 che la cartella clinica acquisterà i caratteri che saranno suoi per molti decenni.

Vengono predisposte una sezione dedicata all'anamnesi, una per l'analisi somatica ed una per l'esame psichico; viene inoltre preparato uno stampato destinato a raccogliere i dati relativi all'osservazione quotidiana del malato – il "diario clinico" – in cui vengono indicate le terapie farmacologiche, gli esami di routine, i risultati delle visite periodiche effettuate durante il periodo di osservazione (prima dell'invio nei singoli reparti), una sommaria descrizione dell'evoluzione e dell'esito della malattia (una descrizione che in qualche raro caso può comprendere tutto l'arco temporale del ricovero).

È su questo tipo di documenti, desunti dall'esperienza clinica, che è possibile effettuare l'analisi incrociata – per verificare la reciproca

compatibilità e congruenza – del dispositivo diagnostico, delle dimensioni semeiologico-comportamentali prese in considerazione dai medici per corroborare le diagnosi, e dei riferimenti clinico-nosografici generali desunti dalle grandi sistemazioni dottrinali del sapere psichiatrico dell'epoca.

Le cartelle cliniche sono così diventate veri e propri dossiers, in cui si possono trovare inoltre gli epistolari interscorsi tra le famiglie e la Direzione medica – assai importanti per verificare il trasferimento metaforico di rappresentazioni, concetti, quadri di riferimento, da un campo all'altro – perizie medico-legali ed infine vere e proprie monografie.

Si tratta di documenti e materiali relativi a pazienti dalle patologie reputate particolarmente significative, che verranno pertanto, con le opportune trasformazioni discorsive, inserite nel circuito della comunicazione psichiatrica nella forma della costruzione dei "casi" e delle

"storie cliniche".

Alla metà degli anni Ottanta viene anche introdotto un nuovo modulo per la raccolta dei dati relativi agli esami antropometrici, alle funzioni psicomotorie, psicosensorie, intellettive, affettive, volitive e a quelle relative alla vita di relazione e alla vita vegetativa.

È un dato storiograficamente non trascurabile il fatto che una parte considerevole di tali raccolte di informazioni non venga compilata, per cui molte cartelle continueranno a recare i soli dati più elementari. Allo scopo di supportare l'operazione diagnostica diventa fondamentale, a partire dalla metà degli anni Ottanta, e così ancora nel corso dei primi decenni del Novecento, procedere alla raccolta di materiali autografi dei ricoverati.

Vediamo così apparire nelle cartelle lettere, memoriali, racconti, poesie, disegni, semplici grafismi che spesso non raggiungono la soglia dell'articolazione intelligibile.

Ma è nella loro nudità ed essenzialità di atti bellicosi ed eventi aleatori che sorgono nella vita – degli stessi pazienti, dei medici, dell'istituzione, che sovente li sollecita a ciò – prima di ogni commento, interpretazione, cattura, con la loro forza di irruzione e con il loro carico di patetico, che ci è sembrato giusto concludere questa rassegna segnalandone la presenza per quanto ci restituiscono dell'enigma della follia.

FIG. 22
DOCUMENTO DI ORDINANZA PER
RICOVERO DELL' ALIENATO,
MANICOMIO DI RUBIERA (RE)
1911



Quella che qui presentiamo è un esempio di cartella clinica trascritta nell’ambito di un progetto triennale di ricerca, dedicato allo studio del materiale raccolto nell’archivio clinico del “Centro di documentazione di storia della psichiatria San Lazzaro” di Reggio Emilia.

La ricerca è iniziata con la lettura di tutte le cartelle cliniche prodotte nei trenta anni (1877-1907) in cui fu direttore Augusto Tamburini, ed è proseguita con la trascrizione di quelle più interessanti, delle quali sono stati riportati tutti gli elementi più significativi: anamnesi, esame psichico, diari clinici.

All’inizio di ogni trascrizione è stata aggiunta una breve presentazione della storia personale del ricoverato, nonché delle ragioni della scelta effettuata.

AMMISSIONE (7 agosto 1876)
MEMORIA (s. d.)
ANAMNESI

L’intelligenza dell’infermo si sviluppò gradatamente senza però mai elevarsi molto, come lo dimostra il mediocre profitto degli studi fatti. Ciò nonostante percorse le classi elementari e le tecniche, ne ottenne la licenza, e fece anche qualche corso dell’Istituto. Di questi ultimi studi non si conosce l’esito.

Ma se non aveva intelligenza molto brillante, neppure, come si comprende da ciò che si è già detto, era imbecille congenitamente.

Aveva carattere molto timido, eccessivamente modesto.

Fece il volontariato di un anno e dati gli esami poté ottenere il grado di Ufficiale.

Come sia incominciata la malattia, non si può dire con esattezza: si sa soltanto che da principio era stato preso da una gran voglia di studiare, e si occupava preferibilmente

Arturo A. era un giovane di Ancona, di appena 23 anni. Di «condizione civile», «costumi buoni» e «coltura distinta», lavorava come contabile. Entrò al “San Lazzaro” il 7 agosto 1876; ne uscì due anni dopo, il 7 aprile 1878, ma non riacquistò la libertà, perché venne trasferito nel manicomio di Macerata.

A Reggio la diagnosi della forma morbosa fu quella di «demenza primitiva».

La brevissima anamnesi della cartella clinica recita soltanto: «Causa onanismo – la madre è isterica». Sul decorso della malattia invece leggiamo: «La malattia ha avuto un corso uniforme, gradatamente e quasi insensibilmente le facoltà mentali dell’infermo hanno raggiunto un grado di indebolimento da costringerlo in uno stato di vera demenza. Per contrario fisicamente è in condizioni floridissime».

I medici del manicomio di Macerata indicarono invece come diagnosi della forma frenopatia la «demenza

nella lettura di opere poetiche, per lo più di Dante e del Tasso.

Alle volte in questo modo passava tutta la notte. All’insonnia, a questa attività morbosa si aggiunge il fatto seguente. Egli aveva confidato ad alcuni amici che nutriva molta simpatia per una giovinetta, alla mano della quale, per la società nella quale essa viveva, non avrebbe potuto aspirare; ed essi pensarono di burlarlo e così fecero.

Gli inviarono una lettera firmata col nome della giovinetta di cui sopra, nella quale essa l’invitava ad un colloquio. Egli non mancò di andarvi, ma invece della fanciulla trovò gli amici che lo derisero.

Dopo questo fatto, essendosi l’infermo fisso in mente di essere divenuto ridicolo, e di essere perseguitato dai congiunti della signorina, malgrado che questi gli facessero proteste di stima e simpatia, fu preso da una melanconia profonda, alla quale dopo un breve periodo di tempo succedette uno stato di for-

consecutiva» (all’onanismo?, agli studi eccessivi?, alle cattive cure?). La cartella reggiana su Arturo A. contiene due documenti «insoliti». Non vi sono acclusi né i referti dell’esame fisico e di quello psichico, né i diari clinici.

Vi troviamo invece una memoria, redatta dai medici del “San Lazzaro”, probabilmente proprio in occasione del trasferimento a Macerata, ed una tabella nosografica, compilata nell’estate nel manicomio marchigiano ed inviata ai colleghi reggiani.

Le informazioni su questo secondo ricovero si fermano al dicembre del 1880.

te eccitamento maniaco, accompagnato da febbre.

Fu curato a domicilio con sanguisugio alle mastoidi, bagni freddi, bromuro potassico, ed oppio: ma non si ebbe da questa cura altro vantaggio che il cessare dell’eccitamento suaccennato.

Allora incominciò a manifestarsi quell’indolenza, quell’apatia, che poi si fecero tanto considerevoli.

La sua fisionomia null’altro esprime che la deficiente ideazione, l’apatia, l’indifferenza a tutto ciò che accade attorno a lui.

FIG. 23
RELAZIONE REDATTA DAL MEDICO
DIRETTORE, A. GALLONI, SULLO
“STATO DE’ DEMENTI” RICOVERATI, ,
MANICOMIO SAN LAZZARO
REGGIO EMILIA

Manicomio di S. Lazzaro presso Reggio nell' Emilia

Giorno d'ingresso dell'infermo <i>14 8 bre 1871</i>		N.° progr. <i>13</i> N.° progr. N.° progr.		dei nuovi accolti nell' anno <i>1871</i> dei ricaduti nell' anno dei rimasti per l' anno		L'infermo fu inviato nel Manicomio dal <i>Simone di Reggio</i> con lettera del di <i>14 8 bre 1871</i> Prof. <i>1871</i>	
Cognome <i>Cafati Rossi</i>		Nome <i>Maria</i>		Paternità <i>F. Angelo</i>		Maternità <i>Donna di S. Maria</i>	
Stato <i>Conj. con Angelo Rossi</i>		Luogo di nascita <i>Reggio</i>		Luogo di domicilio <i>Reggio</i>		Età <i>40</i>	
Prole <i>4 figli femmine</i>		Conf. di <i>Emilia</i>		Com. di <i>Reggio</i>		Professione, arte o mestiere <i>r. d.</i>	
		Prov. di <i>Emilia</i>		Prov. di <i>Emilia</i>		Condizione <i>libera</i>	
Recidiv per per causa di dopo		volta		Eredità <i>Da madre affetto per malattia nervosa</i>		Malattie diverse sofferte <i>Il 24 giugno p.p. ebbe una metrorragia che durò 20 giorni</i>	
uscit dal Manicomio				Cause della malattia <i>Età critica - eredità</i>		Sviluppo della presente <i>Dai primi del febbra. 1871</i>	
Nelle volte precedenti rimase in cura				Diagnosi		Prognosi	
dal di		18				Sintomi <i>Melanconia - agitazione - insonnia tendenza al suicidio</i>	
dal di		18				Cura prestata al domicilio <i>calmanchi - tonici</i>	
dal di		18					
dal di		18					
dal di		18					
Sintomi, mutamenti, complicazioni, successioni presentate nel Manicomio							
<i>Melanconica per circa un mese, si è poi applicata a qualche lavoro, ed infine manifestando abbastanza ragionevole.</i>							
Cura praticata nel Manicomio							
DOZZINA		LAVORO			GUADAGNO		
USCIT							
guarit		migliorat		in istato cronico		per volontà e con garanzia	
li		li <i>14 bre 1871</i>		li		li	
in trasferimento		per non verificata alienazione mentale					
li		li					
Mort nelle ore		del giorno		del mese		dell' anno	
per							
Sunto Storico				Necroscopia			

Manicomio "Iager"

D. Conosce A. A.?
R. No
D. E qual è il suo nome? R. A. A. D.
Quanti anni ha?
R. Io? Ne ho venti
D. E' molto tempo che ha vent'anni?
R. Sì, è molto tempo
D. I suoi genitori dove sono?
R. In Ancona
D. E' certo che essi vivano entrambi?
R. Questo non lo so
D. Li ama?
R. Sì
D. Molto o poco?
R. Diligentemente
D. Che luogo è questo?
R. Un manicomio
D. Quale?
R. Non lo so
D. E' quello di Reggio o quello di Macerata?
R. Quello di Reggio
D. Perché Lei è stato condotto qui?
R. Non lo so
D. Desidera tornare in Ancona?

R. No
D. Conosce il Signor Professor Tamburini?
R. Sì
D. Ed il Signor Dottor Trebbi?
R. No
D. E' molto tempo che non li ha veduti?
R. Adesso
D. Quando?
R. Adesso, oggi
D. Ha veduto mai il Manicomio di Macerata?
R. Sì
D. Non sarebbe per avventura questo?
R. No, questo è Reggio
D. Dove sta Macerata?
R. Vicino a Firenze
D. Lei è bello o brutto?
R. Bello e brutto
D. Ma dunque è bello o brutto?
R. Bello e brutto
D. Desidera vestiti più belli?
R. No
D. Ha mai fatto all'amore?
R. No

D. La sua amante è bionda o bruna?
R. Sarà stata bionda
D. Oggi, giocando a bigliardo, ha vinto o perduto?
R. Perduto
D. Sa giocare bene?
R. Bene e male

AMMISSIONE – MANICOMIO DI MACERATA (30 aprile 1878) ESAME PSICHICO

Senso interiore: stato generale: non ha coscienza del proprio stato, non sa dove si trovi, né il motivo, per cui è stato condotto – condizioni patologiche: non ha illusione né allucinazioni

Parola: la parola non è spontanea. L'infermo è taciturno, e solo se è interrogato risponde, con un sì o con un no

Memoria: l'infermo interrogato sul suo passato risponde che non si ricorda, ma se alle domanda si aggiungono particolari sulle persone, i luoghi, ecc., allora se ne rammenta

Ideazione: non avendo spontanea estrinsecazione dei suoi pensieri, non possiamo conoscere se egli abbia veramente formazione d'idee. Dal complesso dei sintomi, però, ci è dato supporre che la sua mente sia oramai incapace di formulare

concetti propri

Volontà: la determinazione a muoversi, ad applicarsi, ad appetire è nell'infermo una qualità quasi del tutto spenta.

E' apata, indifferente a tutto quanto lo riguarda, allo stato del vestiario che indossa, ai divertimenti ai quali fu condotto

Sentimenti: affettivi: sono quasi spenti, non si commuove affatto se gli si parla della famiglia, dei parenti – morali: non possiamo giudicarlo, mancandone l'estrinsecazione

Istinti: talvolta ha improvvisi impulsi a percuotere e rompere tutti gli oggetti che gli capitano, specialmente i cristalli, per questa ragione è pericoloso. Del resto non ha altre tendenze morbose

Stato psichico generale: l'infermo è tranquillo, ha cura della propria persona, si muta facilmente la biancheria e lo si vede pulito

DECORSO DELLA MALATTIA

Settembre 1878

L'infermo è inoperoso, taciturno, risponde a malapena alle domande che gli vengono dirette.

Dicembre 1879

Le facoltà mentali sono andate gradatamente scemando, ed ora l'infermo è caduto in uno stato di vera attonitagine per demenza consecutiva. Però conserva ancora la memoria di molte cose e delle persone. Sebbene alla visita dei suoi parenti non si sia per nulla commosso, pure li ha benissimo riconosciuti, come pure ha riconosciuto qualche amico venuto a ritrovarlo. Se lo si interroga, se desidera tornarsene a casa, risponde sempre negativamente, non legge, non scrive, di nulla si occupa; solo di quando in quando fa una partita a bigliardo.

Dicembre 1880

Le stesse condizioni mentali. In quest'anno ebbe la sventura di perdere i genitori, informatone non si è mostrato per nulla commosso. Nutrizione generale buonissima.

La famiglia credette bene di affidarlo alle cure di un empirico che aveva promesso di guarirlo coi metalli, ed il magnetismo.

Naturalmente questa cura non ebbe alcun effetto ed allora l'infermo fu condotto a Reggio, dove rimase dal 7 agosto 1876 al 30 aprile 1878. Di questo periodo si ha la seguente relazione scritta dal Signor Dott. Trebbi: «L'infermo si è sempre mostrato apatico, taciturno, contrario a qualsiasi modo di occupazione, alla lettura, al giuoco, ecc.

Sembra che nella sua mente non si formi alcuna idea: la sua fisiologia non esprime che il torpore dell'intelligenza.

Ad intervalli vari viene preso da ac-

cessi impulsivi sotto il dominio dei quali si abbandona ad atti violenti, rompendo vetri, lanciando ciò che può afferrare, percuotendo chi lo avvicina.

Questi accessi, frequenti da principio, si sono in seguito fatti più rari. Mai si è dovuto ricorrere a mezzi coercitivi, bastando semplicemente il chiuderlo in camera per qualche ora, onde riacquistasse la sua calma consueta».

ESAME PSICHICO

L'infermo è tranquillo e pulito: passeggia lentamente nei giardini, per le sale di lettura e di giuoco; sempre con le mani in tasca guardando ora da una parte ora dall'altra, poi si ferma, rimane per un poco immobile, indi riprende lentamente la sua passeggiata.

Spontaneamente non parla mai. Presta attenzione e quando è interrogato, risponde pronunciando bene, ma le sue risposte d'ordina-

rio sono «Sì, no, non so» ed anche queste non sempre vengono dette a proposito.

Parli o non parli, sia solo o in compagnia di amici, di parenti, dei medici che l'interrogano, sorride sempre. Alle volte dopo che gli è stata indirizzata una domanda, si fa serio, pare che si raccolga, che pensi, poi guarda in faccia il suo interlocutore, non risponde, e la sua fisionomia riprende la consueta serenità, il solito sorriso.

E' manifesta in lui l'inerzia, la profonda apatia, la noncuranza di tutto ciò che lo riguarda.

E' obbedientissimo: eseguisce tutto ciò che gli vien detto di fare: così, se ne riceve l'ordine, gioca a bigliardo, e vi riesce discretamente, e seguita a giocare finché il suo competitore od un altro qualunque gli dica: «Signor A., tralasci».

La sola cosa che fa spontaneamente è quella di mangiare non appena vede preparato il cibo.

Conosce il suo posto a tavola, ed

appena è pronto vi si siede, e mangia con appetito ottimo. Pochi giorni sono soltanto, fu trovato a fare qualche cosa di iniziativa propria: trovato un pezzo di carta, lo aveva tagliato in piccole liste, e le stava attaccando con la saliva sulla lastra di marmo di un tavolo. Richiesto che cosa facesse, disse che segnava i numeri di un registro. Ad intervalli abbastanza lunghi, esce improvvisamente da questo stato di torpore: si eccita, si fa acceso in volto, e si abbandona ad atti violenti, assale gli infermieri, e rompe tutto ciò che può afferrare. Dopo ricade nello stato di prima. Ora da circa cinquanta giorni non ha avuto accessi di questo genere. Nei brevi momenti di eccitamento pare obbedisca ad un impulso irresistibile, forse a qualche allucinazione. Del resto, d'ordinario sembra che la sua sensibilità centrale sia inalterata. Sa di essere in un Manicomio, ma non ha coscienza di essere malato di mente.

Dei suoi sentimenti morali e religiosi nulla si può dire, mancando l'estrinsecazione. I sentimenti affettivi sono senza dubbio indeboliti assai: non chiede mai notizie dei suoi congiunti. Dei genitori gli venne qualche anno fa comunicata la morte, senza ch'egli mostrasse la minima commozione: ora, se gli si chiede se sono morti o vivi, risponde che non lo sa.

La memoria dell'infermo è pure molto indebolita: ricorda pochissimo dei suoi anni trascorsi; neppure rammenta la propria età. Però visitato da alcuni suoi congiunti li ha tosto riconosciuti. Due giorni or sono, gli fu detto di scrivere ai suoi genitori, cosa che egli fece subito. Scritto tutto d'un tratto il primo periodo, piegava la carta.

Ma essendogli stato osservato che la lettera era troppo breve, dopo essersi forzato a pensare per venti minuti aggiunse la seconda parte e fece la firma: poi l'indirizzo sulla busta.

Interrogato sul significato di quanto aveva scritto, rispose che era uno scherzo, ed altro non volle aggiungere.

Dorme per tutta la notte di un sonno tranquillissimo.



03

Verso la fine dell' istituzione manicomiale

Nel periodo manicomiale i malati mentali furono accolti in vere e proprie strutture nelle quali subivano ogni genere di violenza: mancanza di diritti, elettroshock forzato, tutela e confisca dei beni.

L' indesiderato subiva tutte queste violenze perché la malattia mentale non era compresa nè forse voleva essere compresa e, sbrigativamente, si faceva prima a nascondere il malato mentale tenendolo recluso in una struttura, nascondendolo agli occhi di tutti.

In Italia le precarie condizioni dei malati mentali furono denunciate a più riprese negli anni '70, sulla scia delle proteste anticonformiste del 1968.

Queste denunce, supportate da fatti reali e condizioni invivibili da parte dei pazienti, sono note come la febbre da cancello per cui chi si battè giustamente contro il manicomio non tenne proprio conto di quanto sarebbe potuto accadere dopo la chiusura dell' istituzione manicomiale.

In quel periodo l' unica cosa che contava realmente era quella di chiudere la struttura indesiderata, cancellare gli orrori, trasferire tutti i pazienti sul territorio per poi attuare le strutture senza purtroppo delinearle.

Il movimento in prima linea per la chiusura dei manicomi fu quello dell' antipsichiatria.

L' ANTIPSICHIATRIA

L'antipsichiatria è un movimento di pensiero sorto all'interno della psichiatria e della psicanalisi.

Nasce negli anni sessanta e i suoi principali esponenti sono Ronald Laing e David Cooper in Inghilterra, Michel Foucault e Félix Guattari in Francia, Franco Basaglia in Italia e Thomas Szasz negli Stati Uniti.

Essa si basa su punti che hanno a capo il concetto di "violenza" in famiglia, nella società, nelle istituzioni terapeutiche.

Questo movimento sostiene che la sofferenza e il disagio psicologico, e i comportamenti anormali da parte di alcuni individui non sono il risultato di una malattia, ma di influenze negative dell'ambiente e di contraddizioni sociali.

Quindi l'antipsichiatria rifiuta l'idea che disturbi mentali vengano curati come qualsiasi malattia, si oppone

tra Franco Basaglia (1924-1980), «l'unica possibilità che ci resti è di conservare il legame del malato con la sua storia - che è sempre storia di sopraffazioni e di violenze - mantenendo chiaro da dove provenga la sopraffazione e la violenza».

Nella prospettiva dell'antipsichiatria questa storia di violenza comincia all'interno della famiglia per proseguire nella scuola e nella fabbrica:

«La famiglia nucleare - sostiene Jervis - è la macchina che costantemente fabbrica e riproduce forza-lavoro, sudditi consumatori, carne da cannone, strutture di ubbidienza al potere; e anche nuovi individui condizionati in modo tale da ricostituire nuove coppie stabili, procreare altri figli, ricreare altre famiglie, e così perpetuare il ciclo».

L'antipsichiatria accusa la scienza ufficiale di concentrare la propria attenzione sulla malattia individuale e sulle sue basi biologiche, trascurando l'origine sociale dei

ai manicomi e combatte le tecniche di cura psicologiche e psichiatriche. Il malato di mente viene visto come una vittima dell'oppressione sociale, che deve essere 'normalizzato' e spinto verso il conformismo.

In questo senso la follia fu considerata una forma di trasgressione dalla norma sociale, anche laddove si esprimeva attraverso l'originalità e la genialità.

Il movimento antipsichiatrico denuncia l'arretratezza e il disservizio dell'assistenza psichiatrica, non si limita però a chiederne un adeguamento, ma pretende un mutamento radicale nell'approccio al problema, per esempio con l'applicazione di categorie sociologiche nella diagnosi delle malattie mentali. Un punto importante è l'interpretazione della malattia mentale come devianza:

“La follia - afferma lo stesso Jervis - è anzitutto un giudizio di devianza; in pratica è il nome che si dà a certe violazioni delle regole del vivere so-

disturbi psichici. La pratica psichiatrica sarebbe quindi antiterapeutica in quanto i ruoli psichiatrapaziente riprodurrebbero in forma nuova i rapporti di potere e di sopraffazione alla base dei disturbi da curare.²

Le 'cure' somministrate nei manicomi del tempo (dosi elevate di psicofarmaci, medicinali di nuova invenzione ed ancora in fase di sperimentazione, elettroshock, misure costrittive, vennero considerate forme di violenza sociale su persone fragili, che avevano già dovuto subire violenze da parte della famiglia e della società per il loro mancato adeguamento al conformismo sociale. L'antipsichiatria voleva invece tutelare i diritti di queste persone e lasciarle libere di esprimersi e di reinserirsi nel tessuto sociale.

I manicomi, considerati centri di potere molto rilevanti nell'equilibrio della comunità locale, oltre che campi di manovre clientelari e serbatoi di voti (grazie al clienteli-

ziale”. La diagnosi psichiatrica non avrebbe un valore scientifico, ma dipenderebbe da categorie socio-culturali ed etichetterebbe le persone non corrispondenti a un determinato modello sociale secondo i passaggi: deviante, non normale, anormale, malato.¹

Alla psichiatria spetterebbe quindi una funzione organica al “sistema”: farsi carico dei devianti, provvedere al loro ricupero, al loro reinserimento sociale e, nel caso non fosse possibile, garantire la loro esclusione per mezzo dell'istituzionalizzazione. Questi concetti vengono spesso integrati in una concezione marxista, per cui la malattia psichica è conflitto psichico, ripercussione di contraddizioni e di tensioni sociali.

Come secondo Karl Marx (1818-1883) la storia è storia della lotta di classe, così, per una psichiatria di orientamento marxista, la storia del malato è una storia di oppressione. Quindi, secondo lo psichia-

simo delle assunzioni di un numero spropositato di addetti) dovevano essere aboliti.

Le idee dell'antipsichiatria sono ben note e sono state esposte in una lunga intervista a Franco Basaglia in un libro del 1978, intitolato *“Psichiatria e Antipsichiatria”*. «Il nuovo psichiatra sociale - scrive Basaglia -, lo psicoterapeuta, l'assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale non sono che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui - ammorbido gli attriti, sciogliendo le resistenze, risolvendo i conflitti provocati dalle sue istituzioni - non fanno che consentire, con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta, il perpetuarsi della violenza globale».

L'antipsichiatria auspica che lo psichiatra rifiuti il proprio ruolo, sottolinei l'origine sociale dei disturbi psichici e s'impegni nell'eliminazione delle contraddizioni sociali e quindi per la trasformazione della

società: sempre secondo Basaglia si deve «continuare a minare - ora attraverso la comunità terapeutica, domani attraverso nuove forme di contestazione e di rifiuto - la dinamica del potere come fonte di regressione, malattia, esclusione e istituzionalizzazione a tutti i livelli».



FIG. 1
MANIFESTO ANTIPSIKIATRICO
1978



FIG. 2
APERTURA DEI MANICOMI DOPO
LA LEGGE BASAGLIA, FOTOGRAFIA
TRATTA DAL LIBRO "VITE. FOLLIE E
FOTOGRAFIE" DI ENZO CEI,
MARSILIO (VE)
1999

FRANCO BASAGLIA E LA LEGGE 180/1978

Il maggiore esponente italiano dell'antipsichiatria è Franco Basaglia (1924-1980).

A partire dal 1961, anno in cui assunse la direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, egli iniziò una profonda azione di rinnovamento e di liberalizzazione che doveva modificare completamente il volto del manicomio ed il modo di prendersi cura dei malati.

Quando Basaglia entrò per la prima volta nel manicomio di Gorizia, di fronte alla violenza e all'orrore che gli apparvero, si chiese angosciato «che cos'è la psichiatria?».

Rispose a se stesso e al resto del personale sanitario che «Un malato di mente entra nel manicomio come "persona" per diventare una "cosa". Il malato, prima di tutto, è una persona e come tale deve essere conside-

rata e curata (...) Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone».

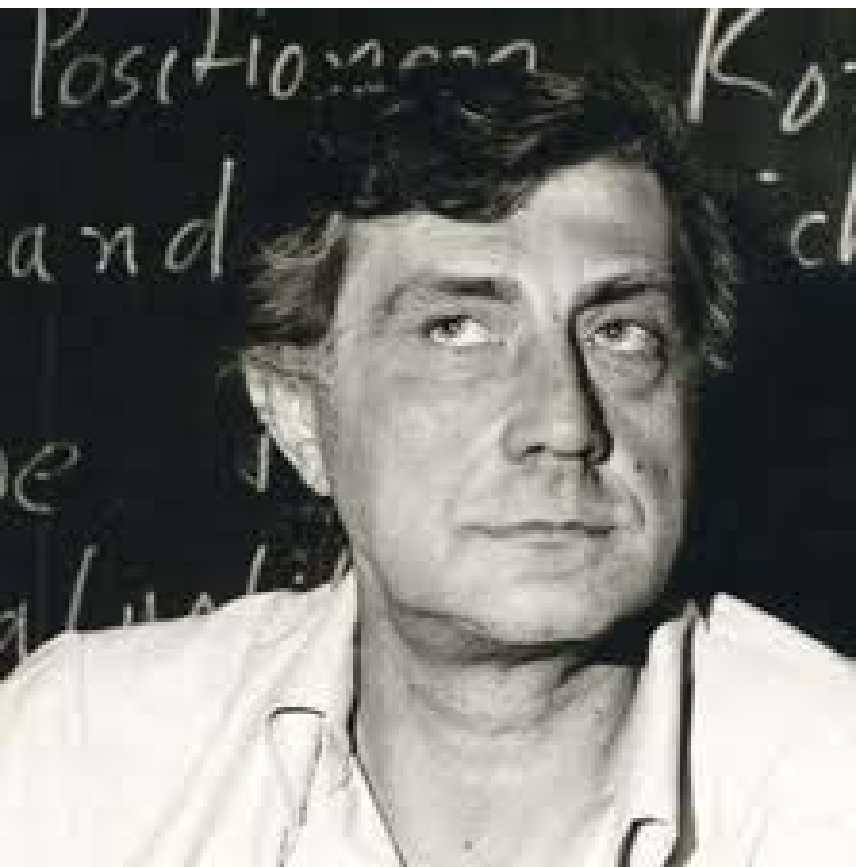
Le sue parole furono un punto di non ritorno, una rivoluzione copernicana: «La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere». Tali considerazioni spinsero Basaglia ad allontanarsi dalla psichiatria tradizionale e a cercare nuove cure e nuove metodologie. Rivoluzionò l'ospedale psichiatrico in cui lavorava, eliminando tutti i tipi di contenzione fisica e le terapie di elettroshock, aprendo i cancelli, ponendo i malati nella condizione di essere liberi di passeggiare nel parco, di consumare i pasti all'aperto ecc.

Per i pazienti non dovevano esser-

ci più solo terapie farmacologiche, ma anche rapporti umani rinnovati con il personale della 'comunità terapeutica'. I pazienti dovevano essere trattati come uomini, uomini 'in crisi', certo: una crisi esistenziale, sociale, familiare, che però non era più 'malattia' o 'diversità'. Sue sono queste parole sull'argomento: «Una cosa è considerare il problema una crisi, e una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto, la crisi è una soggettività».¹

Nel 1967 Basaglia curò il volume «Che cos'è la psichiatria?», nel 1968 pubblicò «L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico», che diffuse al grande pubblico l'esperienza dell'ospedale psichiatrico di Gorizia: un successo editoriale strepitoso.²

Nel 1969 lo psichiatra lasciò Gorizia e, dopo due anni passati a Parma alla direzione dell'ospedale di Colorno, nell'agosto del 1971, divenne direttore del manicomio di



3



4

5



Trieste, il San Giovanni, dove c'erano quasi milleduecento malati. Basaglia istituì subito, all'interno dell'ospedale psichiatrico, laboratori di pittura e di teatro.

Molti ricordano che una macchina scenica, un cavallo costruito in legno e cartapesta, fu fatto sfilare in corteo per le vie di Trieste, seguito da medici, infermieri, malati ed artisti. Nacque anche la cooperativa dei pazienti, che così cominciavano a svolgere lavori riconosciuti e retribuiti.

Applicò un moderno metodo terapeutico consistente nel non considerare più il malato mentale alla stregua di un individuo pericoloso, ma al contrario un essere del quale devono essere sottolineate, anziché repressi, le qualità umane, di cui bisogna incentivare i rapporti con il mondo esterno, permettendogli di dedicarsi al lavoro e al mantenimento della socialità.

Ma questa volta Basaglia sentiva il bisogno di andare oltre la tra-

sformazione della vita all'interno dell'ospedale psichiatrico: il manicomio per lui andava chiuso ed al suo posto andava costruita una rete di servizi esterni, per provvedere all'assistenza della persone affette da disturbi mentali.

Dopo quasi duecento anni, per la prima volta dalla sua nascita, il manicomio, le culture e le pratiche della psichiatria sono state colpite alle radici da una legge italiana.

Il ritorno ad un trattamento da "cittadini" ha permesso il ritorno alla vita, dopo la non-vita dei manicomi. La possibilità di fare contrapposta alla morte sociale, alla condanna all'immutabilità.

L'inclusione contrapposta alla segregazione, all'emarginazione.

La libertà, in una sola parola.

Fu proprio Basaglia l'ispiratore della legge italiana n.180, del 1978, sull'abolizione dei manicomi: la nuova legge non parla più di "pericolosità" del malato mentale, ma introduce tre nuovi parametri che

tengono conto della situazione clinica del paziente, del suo rifiuto di accettare una terapia e dell'impossibilità di provvedere a una terapia al di fuori della struttura ospedaliera. È evidente allora che, secondo questa legge, il ricovero ospedaliero costituisce una misura straordinaria da attuarsi solo quando ogni altro tentativo di cura del paziente nel suo ambiente è fallito.

Questa legge (chiamata anche Legge Basaglia) ha rappresentato una sorta di "spartiacque" tra un prima fatto di inciviltà e di trattamenti disumani, e un dopo senza dubbio non esente da critiche ma "civile", umano.

La legge 180 ha esteso ai malati di mente il diritto costituzionale alla salute, di cui all'articolo 32:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo (...) Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare

i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Dunque non è più lo Stato che obbliga alla cura, che interna, che interdice per salvaguardare l'ordine e la morale; non è più il malato di mente «pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo» ma è una persona bisognosa di cure. Un cittadino cui lo Stato deve garantire, e rendere esigibile, un fondamentale diritto costituzionalmente garantito.

Basaglia si convince che il folle ha bisogno non solo delle cure per la sua malattia, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura, di risposte reali per il suo essere, di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui anche i medici che lo curano hanno bisogno.³

Insomma il folle non è solamente un malato, ma un uomo con tutte le sue necessità.

Trattato come uomo, il folle non presenta più una "malattia", ma una "crisi", una crisi vitale, esistenziale, sociale, familiare che sfugge



6

E' quel che ho detto già mille volte:
nella nostra debolezza, in questa
minoranza che siamo, noi non
possiamo vincere perchè
è il potere che vince sempre.
Noi possiamo al massimo convincere.
Nel momento in cui convinciamo,
noi vinciamo, cioè determiniamo una
situazione di trasformazione difficile da
recuperare

Franco Basaglia, Conferenze Brasiliane

FIG. 3-4-5
FRANCO BASAGLIA RITRATTO IN VARI
MOMENTI PRIMA E DOPO LA LEGGE 180
ANNI 1970/1980

FIG. 6
RECLUSI CHE PASSEGGIANO ALL'ARIA
APERTA DOPO LE NUOVE REGOLE DELLA
LEGGE 180/78
1978

FIG.7
DISCORSO DI FRANCO BASAGLIA DURANTE
LE CONFERENZE BRASILIANE, 1978

a qualsiasi "diagnosi" utile solo a cristallizzare una situazione istituzionalizzata.⁴

I suoi riferimenti teorici furono Sartre, soprattutto per quanto riguarda il concetto di libertà, Foucault e Goffman per la critica all'istituzione psichiatrica.

La psichiatria, pensava Basaglia, doveva riconoscere di aver fallito il suo incontro con il reale, essendosi limitata a fare della "letteratura" (ovvero teorie ideologiche), mentre il "malato" si trovava a pagare le conseguenze di ciò, rinchiuso nell'unica dimensione ritenuta adatta a lui: la segregazione.⁵

La psichiatria, che non aveva compreso i sintomi della malattia mentale, doveva cessare di giocare un ruolo nel processo di esclusione del "malato mentale", voluto da un sistema politico convinto di poter negare ed annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé, rifiutandone la dialettica, per potersi riconoscere ideologicamente come

una società senza contraddizioni. Tante volte, nel corso degli anni, quella di Basaglia è stata definita una "grande utopia"; la legge che porta il suo nome è stata criticata per "non essere stata pienamente applicata", e, specie in coincidenza con tragici eventi di cronaca familiare o sociale legati alla follia, si è parlato di "conseguenze negative della legge 180.

Si dice che mancano le strutture, che le famiglie sono abbandonate a se stesse nella cura dei malati. Ogni polemica pone l'accento sulle luci ed ombre della legge.

Discussioni del tutto legittime, ma forse dopo 30 anni si è dimenticato quale fosse la situazione preesistente.



04

Oltre le mura manicomiali

«E' la dimenticanza che porta a rifare gli errori di una volta? O c'è una volontà pertinace di disfare ciò che di buono è stato concepito e applicato dal pensiero sperimentale di questo Paese anchetropo immobilista? Che la legge Basaglia non funzioni fino in fondo lo sanno perfino i sassi. Ma perché troppo spesso manca la realizzazione di una parte della legge che prevede l'accoglienza dei malati nelle comunità terapeutiche, la cura assicurata, il recupero e la restituzione alla società degli individui più fragili e sconnessi. Un progetto coraggioso, non facile, certamente, ma che va comunque tentato, nel rispetto degli ammalati. Un progetto per niente utopistico. La prova sta nel fatto che in certe regioni, dove si è investito sul programma, la cosa funziona. Ma a qualcuno non è sembrato vero di mescolare le cose e chiamare errori della legge ciò che riguarda l'applicazione maldestra e parziale della legge stessa. Da qui una confusa proposta del nuovo governo chiamata «Modifiche della legge 23 dicembre 1978 n. 833 in materia di assistenza psichiatrica». Vi si parla dell'obbligatorietà dei trattamenti. Punto dolente di ogni legge sui malati di mente. Basaglia si è battuto perché i malati fossero liberi e curabili come qualsiasi altro infermo, strappandoli a quella violenza che consisteva nelle sbarre, nei letti di contenzione, nella camicia di forza, insomma nella detenzione forzata di chi veniva subito etichettato come «pericoloso per sé e per gli altri». Per quanto lodino la legge Basaglia

nelle loro intenzioni, i modificatori si propongono di stravolgerne le basi con proposte che, come tante altre di questi giorni, rispondono ai sentimenti più egoistici e intolleranti della maggioranza (in questo caso la maggioranza dei sani di mente contro la minoranza degli ammalati). Voglio però ricordare che i famosi «raptus di follia» tanto frequenti, che spesso portano al delitto, travolgono persone sane di mente, che non hanno mai avuto a che fare coi centri di igiene mentale. In una prosa ingarbugliata e quasi incomprensibile, la proposta di legge si dice insoddisfatta del poco potere che ha il giudice tutelare rispetto alla parola dei medici. Che poi sono quelli che lavorano vicino ai malati. «Il giudice tutelare è stato privato di autonomia di giudizio ed è stato relegato a semplice ratificatore di decisioni altrui». Insomma come dire che c'è troppa indulgenza verso i malati che sono lasciati liberi di decidere di sé. Il punto dolente sta proprio in quel potere decisionale. Lo si vuole togliere al malato, per restituirlo alle istituzioni e al sistema detentivo. Da qui a riaprire i manicomi il passo è breve. E chi volete che protesti? Coloro che sono oppressi da depressione e angoscia mortale?».

da Corriere della Sera
Tenete i giudici lontano dai malati
Dacia Maraini

ESSERE NESSUNO

La critica più decisa alla 180 riguarda il fatto di non aver pianificato in modo accurato le conseguenze della chiusura degli istituti psichiatrici.

L'apertura degli spazi fisici dell'isolamento ha finito col mascherare subdolamente, dietro le parvenze "democratiche" di asettiche strutture mutualistiche di recupero o di utopici quartierini per "malati di mente" inseriti nel contesto urbano, quelle barriere fisiche che si era proposta di abbattere. Liberato fisicamente da quell'internamento che, almeno, lo sottraeva al rifiuto e all'indifferenza dei "normali", il folle oggi è condannato a una prigionia e a un isolamento ben più dolorosi: le catene invisibili dei farmaci e la solitudine fra gli altri. Da tangibile (e dunque denunciabile) espressione dell'esclusione e del-

FIG. 1
FOTOGRAFIA DI UN EX RECLUSO
FUORI DAL MANICOMIO IN AMBIENTE
FAMILIARE
1982



la criminalizzazione del diverso e dell'alienato, il manicomio si è trasformato in un carcere metafisico, sicché paradossalmente il folle è oggi completamente libero e assolutamente escluso della libertà.

Imbarcato a sua insaputa su una stultifera navis invisibile, egli si trova coinvolto in un viaggio infinito e senza ritorno. Prigioniero di se stesso, ma "libero" per gli altri, è condannato al nomadismo di chi non sa da quale terra provenga né sa a quale porto approderà, se approderà. Come sempre, il paradosso condanna chi è chiamato a scioglierlo alla sconfitta, senza neppure lasciargli la libertà di rimanere al di fuori del paradosso stesso.

Ma forse, a liberare il folle dal paradosso della "non libertà nella libertà" basterebbe restituirlo al diritto di comunicare, dare finalmente dignità al linguaggio che egli si costruisce, caso per caso, momento per momento. Basterebbe poco: ascoltare i suoi gesti, i suoi silenzi,



FIG. 2
FOTOGRAFIA
"TUTTI HANNO UN CORPO, NON TUTTI HANNO
UN'ANIMA"
GIANLUIGI CABIDDU



3

FIG.3
FOTOGRAFIA TRATTA DA
"C'ERA UNA VOLTA
L'OSPEDALE
PSICHIATRICO"
GIAN BUTTURINI
1973



4

FIG. 4
DISEGNI SU UN MURO MANICOMIALE
APERTO DOPO LA LEGGE BASAGLIA
1978

contemplare le sue parole. Attualmente le strutture dedicate all'assistenza psichiatrica sono i Dipartimenti di salute mentale. Queste strutture assicurano le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale. Ognuna di esse per soddisfare le molteplici esigenze dei pazienti, offre diverse tipologie basilari di assistenza: innanzitutto i Centri di salute mentale e gli ambulatori, che si occupano dell'assistenza territoriale e domiciliare. Ci sono poi i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i Day hospital, che forniscono le cure in regime di ricovero, e i Centri diurni che si occupano degli interventi socio-riabilitativi in regime semiresidenziale. Le Strutture residenziali offrono infine gli interventi terapeutico-riabilitativi in regime di permanenza temporale, suddivisi secondo le tre tipologie previste, in base all'intensità assistenziale sanitaria: nelle 24 ore, nelle 12 ore e a fascia oraria. Le

prime realtà a sviluppare e riempire di contenuti qualitativi la legge 180 sono nate in Friuli. A Trieste, dove Basaglia restituì ai matti il loro posto nella società aprendo le porte del manicomio, è cresciuta una grossa rete di iniziative. Oltre 15 cooperative sociali lavorano sul territorio per favorire la reintegrazione dei pazienti nella vita sociale. Negli ultimi anni numerose Regioni si stanno dimostrando molto attive, ma permangono significative differenze da una Regione all'altra. Sono inoltre attive numerose strutture private, nelle quali vengono applicati anche alcuni dei vecchi trattamenti terapeutici come l'elettroshock.

FIG. 5
NEL CORTILE DELL'OSPEDALE
PSICHIATRICO,
FOTO TRATTA DA "ALTRI SGUARDI"
ULIANO LUCAS
ROMA, 1978



5

Basaglia e la liberazione

COSA È RIMASTO A VENTI ANNI DALLA SCOMPARSA DELLO PSICHIATRA CHE CHIUSE I MANICOMI

Venti anni fa moriva Franco Basaglia, lo psichiatra italiano che più di tutti si è battuto per chiudere una volta per sempre l'orrore dei manicomi. Una battaglia vinta solo in parte, nel 1978, con la legge 180. La spinta propulsiva di quell'idea rivoluzionaria si è via via arenata tra gli ostacoli burocratici che ne hanno finito per tradire il principio ispiratore.

La sua forza vitale si è inaridita e dispersa al punto che oggi non è raro incontrare gente comune che se la prende con chi ha liberato i pazzi. In verità nell'utopia concreta di Basaglia la chiusura dei manicomi non era lo scopo finale ma solo il mezzo attraverso il quale costringere la società a ripensare la propria organizzazione sociale e a fare i conti con la diversità.

«**IN NOI LA FOLLIA ESISTE** - ha scritto Franco Basaglia - ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per darsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere».

L'istituzionalizzazione della reclusione dei folli - denunciò lo psichiatra - è servita a tutelare la cattiva coscienza della società, a garantire una comoda e illusoria quiete, a rendere intangibili i rapporti di potere vigenti.

LA MEDICALIZZAZIONE forzata e uniforme - anche con il ricorso a mezzi violentissimi di coercizione e di controllo - ha finito per annullare completamente la soggettività del folle, destinato a cronicizzare e deperire tra immani sofferenze. La scintilla di Basaglia, prima a Gorizia e poi a Trieste, fu quella di tentare un nuovo punto di vista con una relazione paritaria tra medico e paziente che restituisse dignità al folle. Una sfida di responsabilità per entrambi.

Una riscoperta del valore primario del rapporto umano e una ricerca dei motivi vitali, esistenziali, sociali e familiari che avevano messo in crisi il "pazzo". Si trattava insomma di cominciare a capire i bisogni reali delle persone, di accettare il conflitto che ogni soggetto diverso produce, senza difendersi dietro schemi interpretativi diventati dogmi.

BASAGLIA COMPÌ il primo passo di un lungo cammino che ora sembra essersi interrotto. Chiusi i manicomi e rimossa dalla coscienza l'insopportabile vergogna sociale dell'elettrochoc e dei lettini di contenzione, il rapporto con la sofferenza mentale sta prendendo nuove forme di approccio sempre più vicine alla farmacologia se non addirittura alla genetica.

Forme più subdole e invasive di controllo della mente che dimenticano ancora una volta gli uomini e le donne. «La psicoanalisi, la

biologia molecolare e la neurofisiologia potranno fare ancora molti progressi e di conseguenza avere poteri ancora maggiori - sottolinea Franco Rotelli, erede delle idee basagliane - le neuroscienze potranno dirci ancora molto sul cervello, e molto ancora ci dirà la genetica. C'è però una cosa su cui mai potremo avere risposte da queste scienze: sull'etica, ossia sulla modalità e sui valori con cui gli uomini decidono di stabilire le modalità del proprio relazionarsi nella società».

E LA MOGLIE di Basaglia, Franca Ongaro, si dice consapevole delle difficoltà vissute in questi anni da malati e famigliari, a causa della totale assenza di governo della riforma avviata con la legge 180: solo nel 1994 è stato approvato il progetto per la tutela della salute mentale che prevede controlli sulla creazione dei servizi e sul reale superamento dei manicomi.

«Alcune esperienze hanno continuato a dimostrare la possibilità concreta di rispondere alla sofferenza mentale senza ricorrere all'internamento - dice Franca Ongaro - e ciò ha impedito che la 180 fosse cancellata. Occorrono però strutture e servizi che, oltre a garantire cura e assistenza, siano insieme luoghi di vita, di stimolo, di confronto, di opportunità, di rapporti interpersonali e collettivi diversi, puntando ad un cambio di cultura e di politica prima sociale che sanitaria». **LORENZO GRASSI**



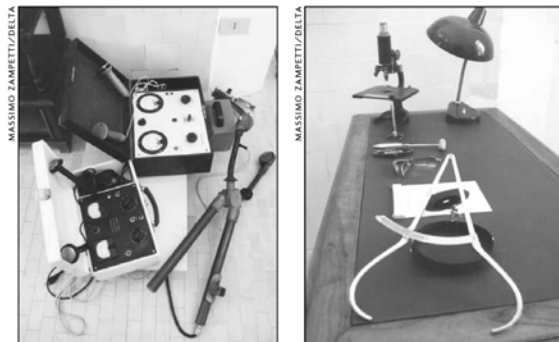
Lo psichiatra Franco Basaglia.



Un letto di contenzione e una camicia di forza, simboli della violenza sui folli, oggi in mostra nell'ex manicomio di Roma.

METROBOX / SCRITTI E PENSIERI DI UNO PSICHIATRA CONTRO

- Franco Basaglia è nato a Venezia nel 1924 ed è morto il 29 agosto 1980, è considerato unanimemente la figura di maggiore spicco della psichiatria italiana contemporanea.
- Franco Basaglia ha promosso la restituzione dei diritti e il riconoscimento di dignità umana ai sofferenti psichiatrici precedentemente condannati alla segregazione e a trattamenti disumani e disumanizzanti.
- I suoi scritti principali sono stati raccolti in due volumi pubblicati dalla Einaudi (Torino 1981-82). Tra gli altri principali volumi da lui curati (editi sempre da Einaudi e scritti spesso in collaborazione con la moglie Franca Ongaro Basaglia) sono sicuramente fondamentali: "Che cos'è la psichiatria" (ristampato da poco), "L'istituzione negata" (sull'esperienza di Gorizia), "Morire di classe", "Crimini di pace" e "La maggioranza deviante".
- Insieme a Paolo Tranchina ha curato "Autobiografia di un movimento", editori vari, Firenze 1979 (sul movimento di **Psichiatria democratica**).
- Una raccolta delle sue Conferenze brasiliane è stata pubblicata dal Centro di documentazione di Pistoia nel 1984. Le Conferenze, tenute un anno prima della morte, sono state appena ripubblicate dall'editore Raffaello Cortina.



Veri e propri strumenti di tortura utilizzati per controllare i "matti".

dei matti



Il nuovo Santa Maria della Pietà.



I bagagli degli ospiti del manicomio.



Ecco come si presenta oggi l'ingresso dell'ex manicomio di Roma.

“La seconda ombra” un film per ricordare

Venticinque anni dopo “Matti da slegare” il regista Silvano Agosti torna a parlare dei manicomi con un film ispirato a Franco Basaglia.

«Quando medici e infermieri con la scusa di curarmi mi torturavano io mi rifugiavo nella mia seconda ombra e non sentivo più niente». Da questa frase di un malato prende il titolo “La seconda ombra”, il film scritto, diretto e prodotto da Silvano Agosti in programmazione nella sala dell’Az-zurro Scipioni di Roma.

Il film è ambientato nell’istituto psichiatrico di Gorizia nel 1961 dove il direttore - il giovane Basaglia interpretato da un bravissimo Remo Girone - dopo aver assistito in incognito agli orrori e alle violenze che subiscono i pazienti decide di rivoluzionare l’istituto: a-

prire le porte, lasciare al malato la libera iniziativa e all’infermiere la funzione di comprenderlo senza pensare a lui come a un matto.

«Ho fatto questo film - spiega Silvano Agosti - perché sono convinto che nel nostro Paese la figura di Franco Basaglia sia stata una delle più rilevanti del XX secolo. Pochi come lui si sono proposti di liberare il maggior numero possibile di persone inutilmente e crudelmente reclusi all’interno delle istituzioni manicomiali».

«Franco Basaglia - prosegue il regista - ci ha insegnato che basta aprire le porte, non solo delle case di cura, ma anche del proprio cuore. Aprire appartiene alla vita, chiudere alla morte. Dall’apertura nasce l’incontro, dall’incontro la creatività e da questa un nuovo bisogno di libertà».

L. G.

METROBOX / UN VIAGGIO NEL MUSEO DEGLI ORRORI

- Un museo della memoria, che ripercorre le tappe della costruzione dell’ospedale psichiatrico di Roma e, grazie a foto d’epoca e suppellettili conservate nei padiglioni, ricostruisce la vita e le sofferenze dei malati di mente.
- In uno dei padiglioni del complesso ospedaliero, il numero 6, è oggi possibile vedere le divise dei pazienti, i loro oggetti personali, le camere di contenimento e poi le macchine per l’elettroshock.
- Al piano superiore una mostra, allestita grazie al Cnr e al ministero dell’Università, spiega i meccanismi della mente umana.
- Il museo è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13 su prenotazione (Tel. 06.68352857).

L’esempio del Santa Maria della Pietà

Un vero e proprio luogo di detenzione dove le persone venivano rasate a zero, vestite tutte allo stesso modo e private degli oggetti personali.

Un luogo dove il pensiero veniva negato e compresso, nato per nascondere agli occhi delle persone “normali” l’orrore della malattia mentale. Oggi si fa fatica a credere che quel bel palazzo dei primi del ‘900, perfettamente restaurato grazie ai fondi del Giubileo, fino a vent’anni fa altro non era che il manicomio di Roma.

A ricordarcelo c’è rimasta una scritta che si staglia sulla facciata giallina stuccata in bianco. Nei 36 padiglioni di Santa Maria della Pietà, oggi, i malati di mente non ci vivono più. Al posto loro, fino a qualche giorno fa, c’erano centinaia di ragazzi arrivati da ogni

parte del mondo per la Giornata mondiale della gioventù. Proprio così: perché l’edificio centrale del complesso è stato in parte trasformato in un centro di accoglienza per i pellegrini. Un ostello a prezzi modici in grado di ospitare fino a quattrocento persone.

Ci sono voluti venti anni

«Svuotare il manicomio di Roma non è stata un’impresa facile - spiega Tommaso Lo Savio, direttore del centro studi ospitato nella struttura - ci sono voluti vent’anni per sistemare centinaia di persone nei centri territoriali».

Nel 1980 (anno in cui entrò in vigore la legge Basaglia che, di fatto, sanciva la chiusura dei manicomi) erano circa 700 i pazienti ospitati a Santa Maria della Pietà. Pochi rispetto al boom degli anni ‘60 quando nei padiglioni dell’ospeda-

lo vivevano più di tremila persone. Tremila uomini e donne che la società aveva preferito nascondere, relegati in un posto lontano dal centro della città. In uno di quei manicomi creati, secondo Franco Basaglia, «per soddisfare le esigenze dei sani e non dei malati».

Oggi il complesso dell’ex manicomio è una cittadella restituita al pubblico: con un parco di 23 ettari che il Comune sta cominciando a bonificare, con un museo, una biblioteca psichiatrica e un centro ricreativo aperto a tutti, ma dove i disagiati psichici possono svolgere attività teatrali e artigianali.

Ma c’è ancora da fare. Il coordinamento di cittadini “Città ideale” si batte perché l’intero complesso (in parte gestito dalla Asl RmE) sia acquisito e riqualificato dal Comune come è stato fatto per l’ex Mattatoio. GIOVANNA ANTONELLI

PRESENTANDO QUESTO COUPON 10% DI SCONTO

- Nuova gestione
- Ristorante Pizzeria
- Catering
- Pranzo e cena

Lunch & Music
lunedì riposo - aperto tutto AGOSTO
Via dello Sport, 86 • 00065 Fiano Romano
Tel. 0765 482067-482895

Metro Pubblicità srl - via della Lega Lombarda, 32 - 00162 ROMA - centralino 06.49.24.11 - fax 06.49.24.12.70

CENTER SHOP

Saldi

dal 5% al 40%

Via IV Novembre, 42
00010 - Tor Lupara di Mentana
(Roma) 06.900.20.413

CHIUSI DAL 12 AGOSTO AL 4 SETTEMBRE

www.lapiazzetta.net

*Tutto quello che ti serve,
a portata di... mouse*

attività selezionate e rare
cercate per te sotto casa tua

06.41.22.73.68
lapiazzettadm@lapiazzetta.net

**Mostra dell'Alleanza Biblica Universale
Società Biblica in Italia**

La Parola che cambia il mondo.

La Bibbia dalla stampa al computer (1450-2000)

ROMA - PALAZZO DEI DIOSCURI, VIA PIACENZA, 1
(GIARDINI DEL QUIRINALE)

da Lunedì a Venerdì 10.30/18.30 - Sabato & Domenica 9.00/21.00
Ingresso gratuito - CD Rom omaggio a ogni visitatore - aria condizionata
Proiezioni di films biblici della LUX VIDE / Su richiesta visite guidate per gruppi

Per informazioni rivolgersi a SBI - via IV Novembre, 107
Tel. 06.69.94.14.16 - FAX 06.69.94.17.02
email: info@societabiblica.it

Ristorante indiano

“Bombay”

Ricercatezze dall'India

Pollo Tandoori, Murg Peshawari, “Pollo stile Kashmir”,
Gelato Kulfi con Pistacchi Mandorle e Zafferano,
Liquore Aromatizzato al Sandalo

APERTI TUTTO AGOSTO

MENÙ A PARTIRE DA LIT. 18.000
si accettano tutte le carte di credito - aria condizionata

Via Cerveteri, 25/27 00183 Roma Tel. fax 06.700.19.45
M (piazza Re di Roma) Domenica mattina chiuso

RACCONTI DI UNA VITA IN MANICOMIO

Lasciateci stare

Narrazione dal manicomio

Nicola Fanizzi

Sensibili alle foglie (2004)

Non dimentica, Nicola, d'essere rimasto orfano ancora bambino, d'aver trascorso l'infanzia chiuso in collegio, d'aver subito in caserma i primi ricoveri psichiatrici, e poi lo schianto dall'impalcatura di un cantiere di Milano, i vagabondaggi per le strade d'Europa, la povertà, i continui ricoveri in manicomio.

Dei dispositivi relazionali psichiatrico-manicomiali, che umiliano la sofferenza anziché curarla, l'autore ci parla diffusamente nel monologo dal titolo *"La Suggestione"*, scritto a partire dal 1975 nell'ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà di Roma.

È una luna.

Calma, assorta, viva, dolce.

Sola, solitaria e che essa diventi cuore e latte e vita e tutto e tutto e tutto e tutto.

Che sia orgasmo dolce e inquietante riposo per la mia fronte.

Chiederò una penna e che sia l'ago e il filo di un abile artigiano.

Chiederò delle forbici che taglino catene.

Chiederò catene che liberino la mia anima.

Chiederò amore, amore, amore. Voglio amore, voglio amore, voglio essere amore per dare amore, per essere amore.

Perché io sia, perché quel bambino non è ancora morto, perché io liberi il bimbo e esso corra nelle strade, e viva e sia vivo e sia, perché esso sia una creatura partoriente, perché io gridi: "Abbasso la muerte", perché il mio piede danzi.

Perché... perché...

"Mi avevano applicato due elettrodi alla tempia e mi avevano fatto giungere al cervello delle scariche elettriche. E' tutto qui l'elettrochoc: nulla di spettacolare. No, niente campi di sterminio, niente forni crematori o tizzoni accesi alle palle, semplicemente dei gesti meccanici. E' un po' come la camera a gas o la sedia elettrica, una pillola che si scioglie in pochi secondi, una leva che fa passare la corrente, niente pubblico, niente urla, niente folle oceaniche, nessuna gloria o infamia né per il boia né per il condannato. Tutto qui. Ma il risveglio..."

Ore 20.30

Sono in manicomio

Questo non è un ospedale.

Non può essere un ospedale.

Qui si tortura psicologicamente.

La sofferenza è umiliata, derisa, beffeggiata, oltraggiata.

Qui il cielo piscia, si muove, inghiotte, divora, condiziona, lobotomizza.

Ore 20.40

In un manicomio disteso sul prato, nel letto.

Senti? ... giocano.

Non vedo nessuno.

Non si vedono.

Ma non c'è nessuno.

Eppure ci sono.

Sì, sento.

Giocano.

Senti?

E il suono di una piccola palla.

Il campo è abbandonato.

Non c'è nessuno.

Giocano.

C'è una fontana.

Giocano.

Sono due.

Giocano.

Senti?

Sono delicati.

Non gridano.

Attes... s... s... a... Aspetterò.

Ho solo un'immagine.

Un ricordo. Aspetterò.

Scriverò.

Verrai. Lo so. Verrai.

Datemi le notti fresche della Sardegna, datemi la luna piena dei boschi silani.

Datemi verdi pascoli di un mondo di infanzia.

Datemi il cielo, terso, limpido, sereno.

Datemi la vita.

Chiedetemi la vita.

Datemi l'egoismo del bimbo.

Che io soffra per egoismo d'amore.

Che il mio amore sia inappagato. Che esso soffra finché non trovi pace.

Perché io chiedo amore, puro, limpido e che esso non corroda la mia anima e che non scavi nella solitudine di questi casermoni d'inferno.

Datemi pace.

Datemi la solitudine che viva.

Voglio la luna.

È mia. La voglio.

È una luna.

Non una donna, Non una madre.

È una luna.

È una distesa rocciosa.

No... No... Non tu. Io verrò.

Sarò dolce.

Ti amerò. No... No.

Ti prego.

Ti amerò.

Non piangerai.

Te lo prometto.

Ma chi. Ma chi. Chi non piangerà!

Siamo tanti. Tanti. Tanti.

"Vuoi anche me, Nicola?"

Nicola!

Datemi il mare della Sardegna e la luna e le stelle.

Che cose impossibili può chiedere un paranoide.

La luna.

Sarebbe dolce e fresca come la pelle della mia donna.

Le stelle.

Le accendono gli angeli quando i bambini si stringono al cuore.

Il mare della Sardegna: potrebbe essere limpido se la realtà tecnologica non superasse la realtà.

Eppure anche qui, in questi posti, nei manicomi, nelle case della gente comune, al crepuscolo si sostitu-

isce il buio. Un buio fatto di tenere effusioni o di amori turbolenti o di godimenti non risolti o di paure; la paura del buio, la paura del ricordo, la paura dell'autoritarismo del Nulla.

Il Nulla.

Ecco, questo è il momento in cui lo si può misurare centimetro per centimetro.

Una realtà magica che ti pervade fino al punto di essere "se stesso" e io mi ritrovo con lui e divento lui. È una sensazione difficile da spiegare ma lo senti mentre ti pervade tutto intero.

Qui, come in altri posti, la gente, la notte, si ficca sotto le coperte. Qui, come in altri posti, se giornata non ha ancora tolto tutte le energie si ha un angolino per riflettere sul domani o per ricordare il giorno che passa.

Qui da noi, forse, è meglio non ricordare.

C'è il frastuono del televisore acceso. C'è gente che ripete il solito

rituale dell'accendersi la sigaretta, c'è la monotonia delle lunghe interminabili camminate nei corridoi.

Sì, anche la notte, c'è gente che continua a passeggiare come se l'oggi non fosse mai esistito e come se il domani non venisse mai.

Io, Massimiliano-Nicola, aspetto che il sole della notte mi colga e, dopo aver ricevuto il bacetto della buona notte da Luciano, mi adagio sotto le coperte.

È un rituale stanco che si ripete ogni giorno alla stessa ora.

Ormai si è svuotati. Il gesto ha perso la sua spontaneità e resta solo il caldo appiccaticcio delle lenzuola, quel vago sudore di piscio, quei pappagalli sparsi nelle camerate e un borbottio confuso sulle terapie in corso: se convenga o meno prendere i medicinali.

Ma ormai si è svuotati, si è diventati come degli psichiatri, per cui le terapie dei medicinali vanno benissimo.

Perché, in fin dei conti, lo psichia-

tra non è altro che questo: un semplice strumento svuotato di quasi tutti i sentimenti, che applica ad altri misure coercitive, come gli sono state imposte.

E la notte, al buio appena rischiarato da una debole, luce, tra l'odore gradevole, perché nauseabondo, delle cicche che si consumano, mi piace ricordare quei pochi momenti piacevoli della giornata.

Sì, sono molto pochi, ma riaffiorano alla memoria quasi a voler prevenire quello che sarà il riposo notturno.

Ecco.

A volte c'è la caccia al mozzicone di sigaretta; si aspetta anche per più di un'ora ma, alla fine, senti quel tabacco fra le mani, te lo stringi come l'unico bene e ne aspiri il fumo con calma, quasi a succhiarne l'essenza.

C'è il dolce tepore del legno duro delle panchine.

Sì, negli ospedali psichiatrici ci si abitua anche a questo.

A volte, per alcuni, c'è il ricordo di una vita intera che passa lentamente dinanzi al pensiero.

Famiglie abbandonate, ricordi di una infanzia quasi sempre infelice, il ricordo dell'odore del mare o del sapore del pesce fresco, qualche serata trascorsa in piacevole compagnia con amici e poi tanta tristezza, tanta, tanta tristezza perché questa è la vera realtà di un ospedale psichiatrico: la solitudine.

E quando la sera si va a letto senza aver ricevuto, durante la giornata, qualche pugno da uno dei soliti infermieri dispotici e presuntuosi nella loro ignoranza, o dei rimbrotti da quelle figure umilianti che sono le suore, ecco, forse allora, una giornata può chiudersi nella solitudine, con una vena di speranza, ma non tanta speranza, perché fra poche ora spunterà il domani.

FIG. 6 (pag precedente)
ARTICOLO DI GIORNALE TRATTO DA
"METRO" DI MARTEDI 29 AGOSTO
2000

0

05

La follia contemporanea

Nell'ambito di un'identica cultura sono riscontrabili «follie» che perdurano nel tempo, da kraepelin ad oggi, a distanza di un secolo.

La follia è parte dell'insieme delle possibilità di adattamento del singolo all'ambiente.

Ogni follia è l'ingrandimento e la fissazione di una di queste possibilità, presente in tutti i soggetti ma che nel folle acquista una dimensione relativamente straordinaria.

In realtà non esiste un unico concetto sulla rappresentazione della malattia mentale; c'è infatti chi ritiene che esistano dei canoni ben precisi sulla cui base è possibile distinguere tra comportamenti normali e comportamenti devianti e c'è chi afferma invece che la malattia mentale sia solo un'etichetta che la scienza tende a dare in base a regole repressive che

definiscono ciò che è normale e ciò che è patologico.

Per comprendere veramente il significato di malattia mentale bisogna partire dal concetto che la devianza è qualcosa di relativo ed è la società a definirne i confini.

Col termine, molto generale, di "malattie mentali" si vuole indicare un'anomalia, più o meno duratura, del funzionamento dell'apparato psichico. Si è soliti distinguere le malattie mentali in due grandi gruppi: le nevrosi e le psicosi.

Nelle prime si ha uno stato di squilibrio della vita affettiva che provoca una condizione di sofferenza e di difficoltà nei rapporti sociali, mentre nelle seconde, molto più gravi, viene a mancare in parte o totalmente il contatto con la realtà, la quale viene deformata nella percezione o ignorata in parte.

LE NEVROSI

Le nevrosi sono sindromi caratterizzate da uno stato di sofferenza della psiche, causate generalmente da conflitti personali o legati all'ambiente.

Esse sono considerate malattie mentali "minori" in quanto il soggetto affetto ha capacità di adattamento sociale e ambientale, conserva una certa capacità critica, con una maggiore consapevolezza del suo stato e mantiene ancora un contatto con la realtà.

È difficile attribuire ai pazienti portatori di questo tipo di patologie il termine di "pazzo"; questi soggetti infatti si rendono conto in ogni momento della natura dei propri problemi e rimangono in contatto con la realtà condivisa dai soggetti "normali", senza estraniarsene. Il soggetto nevrotico si rende conto della propria malattia e di soli-

malattie psicosomatiche che talvolta giungono sino alla paralisi motoria di una parte del corpo.

Nevrosi ossessiva

spesso chi ne soffre è particolarmente scrupoloso, si impegna in rituali che dovrebbero placare l'ansia ma che sono ripetitivi e quasi sempre irrazionali (ad esempio lavarsi le mani, controllare la chiusura dei rubinetti del gas ecc.), la famosa coazione a ripetere dell'ossessivo non è altro che l'incapacità di fare a meno di alcuni rituali o manie o controlli, altrimenti sperimenta forti sensazioni di angoscia e di disagio.

Nevrosi d'ansia

in altre parole qui abbiamo una persona che soffre in grado assai elevato di ansia in tutte quelle situazioni in cui può aspettarsi di essere visto e giudicato, o in altri casi in cui un oggetto, una persona, un animale o altro fanno scattare in lui

to tenta con tutte le proprie forze di liberarsene; si rende conto che le proprie sofferenze sono dovute ad una diversità del proprio atteggiamento psichico nei confronti di quello della maggioranza delle persone. Vi sono diversi fattori che possono favorire l'insorgenza delle nevrosi, psicologici, biologici e ambientali.

Le nevrosi, che possono essere considerate come un disturbo condizionato psichicamente a seguito di conflitti non risolti, si manifestano con sintomi diversi; ansia, paure, sintomi isterici, inibizione insicurezza, labilità interiore.

Si distinguono diverse tipologie cliniche, a seconda della sintomatologia (sindromi ansiose, fobiche, ossessive, isteriche).

Vi sono inoltre visioni diverse delle nevrosi; quella prevalente è la psicoanalitica, ma esistono anche altri approcci (teoria del comportamento, approcci di carattere più antropologico).

risposte ansiogene molto forti.

Naturalmente l'elenco è assai più lungo di questo pur tuttavia mi sento di consigliare a chi ne soffre un approccio psicodinamico per indagare i conflitti profondi o quantomeno una psicoterapia autogena (con il Training Autogeno) in grado di ridurre le componenti ansiose o fobiche.

Nella cura delle nevrosi si utilizzerà la psicoterapia, affiancata dalla somministrazione di farmaci ansiolitici, antidepressivi e, nei casi più gravi, neurolettici.

Il decorso delle nevrosi generalmente è favorevole, ma possono anche presentarsi quadri più complessi, con evoluzione verso la depressione.

Esistono varie tipologie di nevrosi ognuna con caratteristiche proprie:

Nevrosi fobica

chi ne soffre prova intense sensazioni di paura (dal greco phobos = paura) quando è sottoposto a situazioni, cose o persone in grado di scatenare in lui un intenso disagio.

Nevrosi isterica

l'isterico in genere è una persona che tende ad essere seduttiva, teatrale nelle sue manifestazioni, ego-centrata e che sviluppa una serie di

LE PSICOSI

Il termine psicosi fu introdotto nel 1845 da Ernst von Feuchtersleben con il significato di "malattia mentale o follia".

È la più grave tipologia di disturbo psichiatrico, espressione di una severa alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo, con compromissione dell'esame di realtà e disturbi formali del pensiero.

Il soggetto affetto da una patologia di natura psicotica "vive in un mondo a parte", immerso in un mondo che non è quello del resto degli uomini, in uno stato alterato definito in termini tecnici come "delirio". La comunicazione con il resto del mondo, quello della "salute mentale", è difficile se non del tutto impossibile. I comportamenti del soggetto sono di conseguenza incomprensibili da chi non viva il suo stesso delirio.

Disturbo schizofreniforme

ha gli stessi sintomi della schizofrenia ma può non essere presente un deterioramento del funzionamento sociale e lavorativo e la durata del disturbo è inferiore rispetto alla schizofrenia (per diagnosticare la schizofrenia, essa deve durare da almeno 6 mesi, questo disturbo dura invece da 1 a 6 mesi).

Disturbo schizoaffettivo

in questo disturbo sono presenti i sintomi della fase attiva della schizofrenia insieme ad un episodio di alterazione dell'umore.

Questi devono essere preceduti o seguiti da due settimane almeno di deliri o allucinazioni senza però sintomi della sfera affettiva.

Disturbo psicotico breve

disturbo psicotico che dura più di un giorno ma svanisce entro un mese.

La psicosi può portare a cambiamenti dell'umore e delle funzioni mentali e all'insorgere di idee anormali, per cui è molto difficile capire lo stato d'animo in cui si trova il paziente. Le funzioni mentali, molto rapide o molto lente, relative alla vita di tutti i giorni diventano confuse o non seguono una successione logica. La persona si esprime con frasi poco chiare o che non hanno alcun senso ed ha difficoltà a concentrarsi, a seguire una conversazione o a ricordarsi le cose.

Esistono numerose teorie sulle cause della psicosi, ma prima di poter raggiungere ad una conclusione definitiva bisogna condurre ancora molti studi di ricerca.

La scienza medica ritiene che la psicosi è causata da un insieme di fattori biologici che creano una vulnerabilità tale da dar luogo a sintomi psicotici durante l'adolescenza o la prima giovinezza.

Questi sintomi spesso emergono negli individui vulnerabili come re-

azione a tensioni emotive, abuso di droghe o cambiamenti sociali. Alcuni fattori potrebbero essere più o meno importanti in una persona che in un'altra.

Principali disturbi psicotici:

Schizofrenia

la persona è incapace di riconoscere il reale da quello che è solo immaginato. La patologia influisce quindi sulla capacità di comunicare, pensare correttamente e gestire le emozioni.

Disturbo delirante

uno o più deliri non bizzarri che durano almeno un mese.

Solitamente nel disturbo non compaiono allucinazioni visive o auditive, ma possono comparire quelle tattili od olfattive se riguardano il tema del delirio.



06

Un diverso punto di vista

«Non possiamo confondere la pazzia con la libertà, ma certo molto bisogno di libertà si realizza attraverso la pazzia. E tale libertà comprende anche la fuga dalle definizioni.¹

La follia [...] lungi dall'essere per la libertà un insulto, ne è la più fedele compagna, ne segue il movimento come un'ombra.

E l'essere dell'uomo non solo non può essere compreso senza la follia, ma non sarebbe l'essere dell'uomo se non portasse in sé la follia come limite della sua libertà²»

Riflettere sulla follia vuol dire riflettere sulla nozione di identità, su come percepiamo le cose, su che cos'è la realtà. La follia non è solo disagio o malattia: con le sue categorie, ci provoca e interroga la nostra visione del mondo.

Negli ultimi due secoli la medicina, le arti, le scienze umane, la giurisprudenza hanno riconosciuto alla follia un duplice valore: da una parte, essa è l'«altro», cioè un mondo profondamente diverso da quello dei «sani»; dall'altra, essa rivela qualcosa che è in tutti gli uomini.

Tradizionalmente, folle è colui che, per comportamenti e opinioni, si distacca da ciò che la norma definisce accettabile.

Qui inizia il problema della definizione della pazzia: nei vari ambiti sociali e nei differenti contesti storici cambiano i parametri che dividono ciò che è normale da quello che è deviante.

Nonostante l'uso comune che tende a confonderli, follia e pazzia non sono dei sinonimi.

Follia viene dal latino 'folle' che significa mantice, otre, recipiente vuoto e rimanda all'idea di una testa piena d'aria.

La parola 'pazzia' ha un'origine incerta, ma probabilmente deriva dal greco 'pathos', che significa sofferenza e dal latino 'patiens' (paziente, malato), concentrando dunque il significato sull'esperienza dolorosa anziché sulle bizzarrie e le stravaganze del folle.

Il termine 'follia' è oggi assolutamente in disuso nel linguaggio scientifico, che preferisce usare i termini 'malattia mentale', alludendo a qualcosa di disfunzionale, rappresentabile secondo un particolare modello scientifico, che è quello della medicina clinica.

L'IMMAGINE DELLA FOLLIA NELLA COLLETTIVITA'

Nell'immaginario collettivo il pazzo è semplicemente un visionario, un uomo che vede cose che non ci sono, che sogna mondi improbabili, e che ne è sopraffatto; è una presenza misteriosa e sfuggente che minaccia l'ordine della realtà contingente, aprendo la strada a tutto ciò che è fuori della norma, a ciò che perennemente è da riconquistare e fissare perché sempre muta e sempre si mantiene inafferrabile. Ciò che traumatizza gli "osservatori" della follia non è tanto l'esplosione della "bestia" che si nasconde nell'uomo, quanto il carico d'insubordinazione alla logica comune che essa manifesta. La considerazione che la follia sia una malattia come le altre, una malattia da curare, è abbastanza

recente. Tuttavia la nostra cultura occidentale è ancora basata in larga parte sulla ideologia del dividere, separare, allontanare, il «cattivo» dal «buono», il malato dal sano, il povero dal ricco, il disonesto dall'onesto, il peccatore dal santo, il deviante dal normale e altre infinite dicotomie che da secoli, o meglio, millenni, hanno permesso all'uomo di opprimere l'uomo.

Il matto rappresenta, più di ogni altro, il prototipo del «diverso» anche se questa definizione si può applicare a tutte le categorie degli emarginati.

E' proprio questa accezione di diversità che ci porta a considerarlo un colpevole, un malato, un individuo da allontanare, da rinchiudere o da curare.

Ed allora il discorso sull'immagine della follia, sull'opinione negativa che l'uomo ha del folle e sul concetto di alienazione non nasce a caso ma trova le proprie fondamenta in quell'ideologia del divide-

re, in quella serie di dicotomie a cui abbiamo ora fatto cenno.

Dunque deve esserci pure un motivo se il modo di pensare comune è ancora dominato da una visione negativa della follia; a questo proposito Roland Jaccard scrive:

«In un certo modo la follia è, per ognuno di noi, una tentazione ed un pericolo permanenti e, se ci spaventa tanto negli altri, senza dubbio dipende dal fatto che riattiva le nostre rimozioni. Così preferiamo escludere che essere esclusi...»

A proposito dell'esclusione, del rifiuto sociale, converrà chiedersi se tutta la collettività non abbia per caso bisogno di folli, di devianti, di delinquenti per iscriversi la propria negatività.

Le vittime sacrificali, i ruoli maledetti, non sono forse necessari perché una linea divisoria possa essere tracciata fra la ragione e lo sragionamento, fra il lecito ed il proibito, fra il corretto e l'indecente, fra ciò che rassicura e ciò che minaccia?»¹

In definitiva abbiamo paura dell'irrazionale che è in noi e tendiamo a racchiuderlo negli altri, nei diversi ufficiali che proprio per esserlo a permanenza permettono a noi di esserlo saltuariamente, senza troppi rischi.

Nonostante ogni precauzione ed ogni cautela, i confini sono quanto mai labili ed il rischio di passare dalla categoria dei normali, che saltuariamente si permettono qualche follia, a quella dei folli, che saltuariamente si permettono qualche normalità, è sempre presente.

FIG. 1
L'ARTISTA JEAN DUBUFFET MENTRE
CREA UNO DELLE SUE OPERE ART
BRUT



L' ALTRA FOLLIA

Occuparsi della follia significa occuparsi di quel nucleo oscuro, inafferrabile nelle sue polimorfe manifestazioni utilizzando sì la "parola" come strumento di conoscenza e di spiegazione, ma sempre con la consapevolezza che il comunicare non si esaurisce nel semplice linguaggio connotativo, ma vive in virtù di un'infinita molteplicità di linguaggi, così come la parola non è mera coincidenza di significato e significante, ma pluralità di significanti all'interno di un significato. Compito quanto mai difficile e doloroso, poiché nasconde in sé le insidie dello smarrimento e, dunque, la tentazione della rimozione, della fuga o della razionalizzazione forzata.

In realtà, i messaggi dei folli (scritti, disegni, gesti, vocalizzazioni, silenzi) andrebbero affrontati come

sistemi coerenti di comunicazione, ovvero come espressioni di una cultura altra (intendendo con ciò una diversa visione del mondo e della realtà), così come lo storico della cultura popolare legge i documenti a disposizione (graffiti, gerghi, cosmologie, sogni, etc.) utilizzando una metodologia "aperta" e multidisciplinare.

Per penetrare nei labirinti della ragione senza smarrirsi occorre essere consapevoli del fatto che i folli non solo tentano sempre di spiegare a se stessi e agli altri il proprio comportamento utilizzando il linguaggio che sentono proprio, ma altresì ci propongono una visione del mondo che è speculare rispetto a quella accettata e condivisa dalla società dei "sani", utilizzando al contempo le ambiguità e i doppi valori che la contraddistinguono come cifre comunicative.

Di fatto, il linguaggio del folle contesta il discorso e le certezze dei "normali", mette in discussione il

principio che esistano canoni definitivi di verità e falsità, di realtà e illusione.¹

Esso non è dunque, come troppo spesso è stato detto, manifestazione irrazionale o balbettio insignificante, né è la romantica, cosciente rivolta contro l'"ordine".

E' piuttosto un codice comunicativo in cui il conferimento di senso non è dato dall'assoluta univocità fra significato e significante, bensì dalla coesistenza di molteplici e apparentemente discordi piani comunicativi fra loro correlati in base ai principi dell'analogia e della similitudine.

FOLLE MENTE

«L'arte non viene a coricarsi sui letti creati apposta per lei ; fugge solo a sentirne parlare.

Ciò che ama è l'incognito; i suoi momenti migliori sono quelli in cui si dimentica come si chiama»¹

Questa affermazione può essere considerata come il punto di partenza della nozione d'Art Brut.

Il concetto di Art brut (in italiano, letteralmente, Arte grezza) è stato inventato nel 1945 dal pittore francese Jean Dubuffet per indicare le produzioni artistiche realizzate da non professionisti o pensionanti dell'ospedale psichiatrico che operano al di fuori delle norme estetiche convenzionali (autodidatti, psicotici, prigionieri, persone completamente digiune di cultura artistica). Egli intendeva, in tal modo, definire un'arte spontanea, senza

pretese culturali e senza alcuna riflessione. Questi artisti sono degli autodidatti che creano nel silenzio, nell'ombra e nella solitudine.

Ecco la definizione di Jean Dubuffet:

“L'arte grezza designa “lavori effettuati da persone indenni di cultura artistica, nelle quali il mimetismo, contrariamente a ciò che avviene negli intellettuali, abbia poca o niente parte, in modo che i loro autori traggano tutto (argomenti, scelta dei materiali messa in opera, mezzi di trasposizione, ritmo, modi di scritture, ecc.) dal loro profondo e non stereotipi dell'arte classica o dell'arte di moda”.

Non esistono più convenzioni formali, ciò che predomina è il puro istinto, un linguaggio arcaico e primitivo, uno stile semplificato, infantile, irrazionale, quello dei bimbi, degli ignoranti, dei malati di mente: il risultato è una pittura di grande originalità di forme,

di modi espressivi, di tecniche, di materiali, di assemblaggi, dove il colore viene sommariamente trattato, con libertà ed esuberanza, le linee sono casuali ed elementari, i soggetti enigmatici, talvolta indecifrabili, nel nome della più assoluta spontaneità ed immediatezza, sia contenutistica che formale.

L'Art Brut (Arte Grezza), che prenderà anche il nome di Raw Art e, oltreoceano, di Outsider Art, vuole affermare che la capacità espressiva è una caratteristica potenzialmente presente in qualsiasi persona, indipendentemente dalla sua cultura, intelligenza, razionalità, anzi è tanto più libera di esprimersi quanto più esse mancano e l'ingegno creativo non è mortificato da pastoie accademiche o da precostituiti modelli culturali, non è sottoposto alla logica del mercato, non deve rispondere a nessuno né compiacere nessuno.



FIG. 2-5
L'ARTISTA JEAN DUBUFFET NEL SUO
ATELIER
1901-1985

documentare un particolare periodo storico: sono autori slegati uno dall' altro, isolati, inconsapevoli, fuori dal tempo, dal nostro tempo. I valori dell' Art Brut sono reali, concreti, significativi; per l' autore essa rappresenta un' autoterapia, ovvero un modo per esprimere le sue sensazioni, i suoi sentimenti, il suo mondo.

Egli ci mostra altre possibilità di essere che noi non abbiamo pensato e, quindi, neppure scelto ma che sarebbero state possibili. Essa sarà ignorata quando non più possibile sarà squalificata dall' ambiente accademico e certamente sempre rifiutata dalla maggior parte delle persone (perché esce dalla norma, non segue le regole consolidate). [...]²

Essendo in realtà Jean Dubuffet un uomo estremamente colto, di raffinata sensibilità, è evidente una sua posizione di tipo intellettualistico, tesa alla ricerca di un nuovo linguaggio della rappresentazione,

3



4



FIG. 3
DIPINTO SU TELA
"MIRE G 69"(BOLERO)
1983

FIG. 4
DIPINTO SU TELA
"NON-LIEU"
1984

un linguaggio totemico, libero da ogni tipo di acquisizione culturale, imperniato sulla creazione artistica e non già sul prodotto artistico, sull'atto del fare e non sul manufatto, una ricerca che può essere condotta solo in situazioni estreme, fuori da ogni controllo, nel mondo dei folli, o degli ignoranti, o dei primitivi. Egli stesso sperimenta nuovi possibili linguaggi e, per sottrarsi alla concettualità del disegno, la forma grafica più pura e più lontana dalla materia, si avvicina appunto al graffitismo, realizzando un vasto ciclo di lavori, i "Mires" e i "Non-lieux", dove la forza del segno e la violenza dell'incisione meglio esprimono l'impulsività e l'energia "bruta" dell'atto creativo.

Scopre e sostiene inoltre artisti originali come Adolf Wölfli o Jeanne Tripièr, altri ne rifiuta proprio a causa della loro "cultura", tuttavia, mentre proclama la più assoluta libertà dell'espressione, in qualche maniera codifica un

Le caratteristiche fondamentali per considerare queste opere Art Brut sono sostanzialmente due :

- la capacità di attingere all' inconscio in modo libero, diretto, fluido permesso proprio dalla malattia mentale, in mancanza della quale questi autori non raggiungerebbero quella soglia di originalità e di imprevedibilità;

- la facoltà dell' inconscio a strutturarsi, organizzarsi, combinarsi, cioè, con una residuale capacità di realizzare le opere, di costruirle.

Questi due requisiti dovranno non solo incontrarsi ma coesistere affinché venga creato un equilibrio stabile, tale da poter permettere successivamente l'estrinsecarsi di entrambi sotto forma di opera, ovvero Art Brut. Essa non serve per valorizzare opere di una specifica corrente artistica, non solo per ragioni di mercato, ma anche per

linguaggio dell'Art Brut che finirà per avere inevitabilmente caratteristiche proprie, non estranee all'automatismo psichico della poetica surrealista o alla violenta aggressività dell'Espressionismo, vicine a quelle del gruppo Cobra ed ai modi espressivi di Karel Appel.

"Art Brut" come antitesi a "Beaux Arts", un'estetica del "brutto" in contrapposto ad un'estetica del "bello", ma sempre un'estetica.

Jean Dubuffet non è solamente l'inventore del concetto di Art Brut, ma è anche il fondatore della Collection de l'Art Brut. Quando nel 1971 donò la sua collezione, che riuniva oltre 5000 opere, alla città di Losanna, rese possibile l'apertura di questo luogo unico, che fu inaugurato nel 1976. La Collection de l'Art Brut costituisce un riferimento storico nel mondo intero.

Circa 35 000 visitatori, di cui una gran parte proveniente dal Giappone, scoprono ogni anno le 30 000 opere riunite in questo museo.

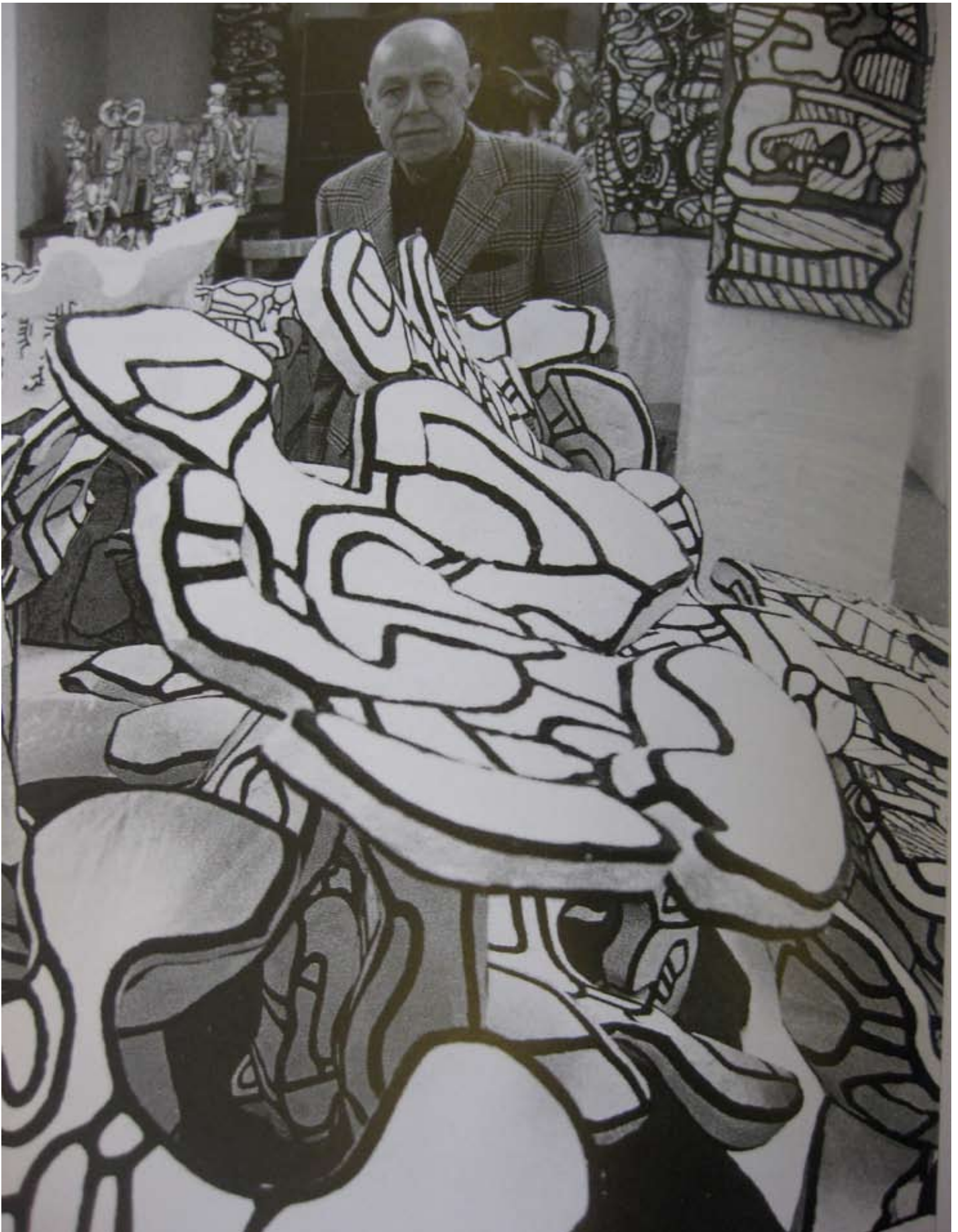




FIG. 6
L'ARTISTA ADOLF WÖFLI
1864-1930

FIG. 7
"PLAN FOR REBELLION IN ST.
ADOLF'S CASTLE IN BRESLAU"
ADOLF WÖFLI
COLLECTION DE L'ART BRUT,
LOSANNE, 1922



FIG. 8
"CASTLE ON LAKE ST. LAURENCE
WITH OSTRICHES"
ADOLF WÖFLI
COLLECTION DE L'ART BRUT,
LOSANNE, 1909

FIG. 9
"GREAT IMPERIAL HIGHNESS THYE
PRINCESS OLGA FROM THE THRONE
OF ST. ADOLF IN POLAND"
ADOLF WÖFLI
COLLECTION DE L'ART BRUT,
LOSANNE, 1916





O



07

Follia in mostra

L'arte invisibile. Entro e oltre la psichiatria

Il volto della follia. Cent'anni di immagini del dolore

Oltre la follia. Il volto umano della legge Basaglia

Arte, genio e follia. Il giorno e la notte dell'artista

Finalmente la follia

Uno sguardo ritrovato

Museo laboratorio della mente

Museo del manicomio di San Servolo

Museo di antropologia criminale Cesare Lombroso

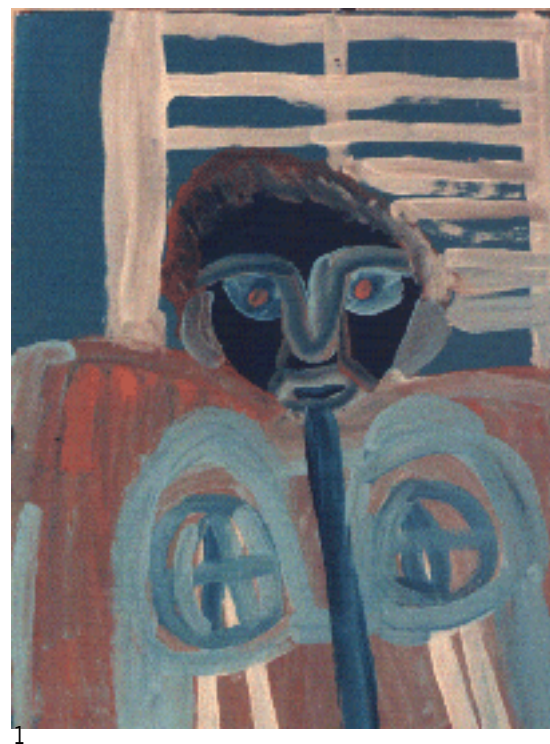
Museo della psichiatria San Lazzaro

Accademia della follia

**L'arte invisibile.
Entro e oltre la psichiatria**
Oderzo (Tv), 1991

L'idea della mostra è nata dalla necessità di creare un momento di coinvolgimento della popolazione rispetto alla realtà psichiatrica del territorio. Si tratta di un' esposizione di elaborati artistici degli ospiti dell'ex residuo psichiatrico di Oderzo creata grazie agli operatori dell'équipe psichiatrica che, in collaborazione con la cooperativa Salto Biralto, hanno consentito la realizzazione da parte dei pazienti psichiatrici della maggior parte delle opere esposte.

La giornata di inaugurazione e quella di chiusura della mostra sono state occasioni per incontri convegno sull'argomento: "creatività e comunicazione tra psichiatria e territorio", ponendo a confronto esperienze di diverse realtà italiane, attraverso relazioni e proiezioni video.



**Il volto della follia.
Cent'anni di immagini del dolore**
Reggio Emilia, 2005

La pazzia intesa come opera d'arte, non come massima espressione artistica, ma come una dolorosa realtà. Immagini che hanno saputo fermare le manifestazioni del dolore della follia, del disagio e dell'orrore della vita di chi veniva segnalato come "pazzo". Fotografie di chi si è avventurato nei luoghi che volgarmente venivano e vengono chiamati manicomi, per portare alla luce a tutti una testimonianza che non potrà essere mai dimenticata. Questo è quello che viene presentato con una mostra tenutasi dal 13 novembre 2005 al 22 gennaio 2006 dal titolo "IL VOLTO DELLA FOLLIA CENT'ANNI DI IMMAGINE DEL DOLORE". Cinquecento le immagini mostrate, suddivise in quattro sezioni, le prime tre a Palazzo Magnani e l'ultima ospitata a Palazzo dei Principi nella cittadina di Correggio.

Essa si apre nelle due prime sale con numerose antiche fotografie della "città dei matti", l'Istituto psi-

chiatrico San Lazzaro di Reggio, e dei ricoverati.

Dalle sequenze di ritratti emerge come la fotografia, considerata un infallibile strumento di conoscenza della materia visibile, e pertanto della verità, sia stata utilizzata dalla scienza positiva per catalogare le persone associandone l'aspetto allo stato mentale.

Nella seconda sezione i manicomi vengono finalmente "svelati" nelle immagini che alcuni grandi fotoreporter scattarono a partire dal 1965, contribuendo in modo sostanziale a creare una nuova sensibilità verso il problema della reclusione e del trattamento dei ricoverati.

Le prime sono quelle di Luciano D'Alessandro, poi quelle realizzate da Gianni Berengo Gardin, con il suo stile inconfondibile e asciutto, e da Carla Cerati, tra cui la fotografia dell'uomo con la testa tra le mani, forse la più celebre immagine della follia per la forza surreali-

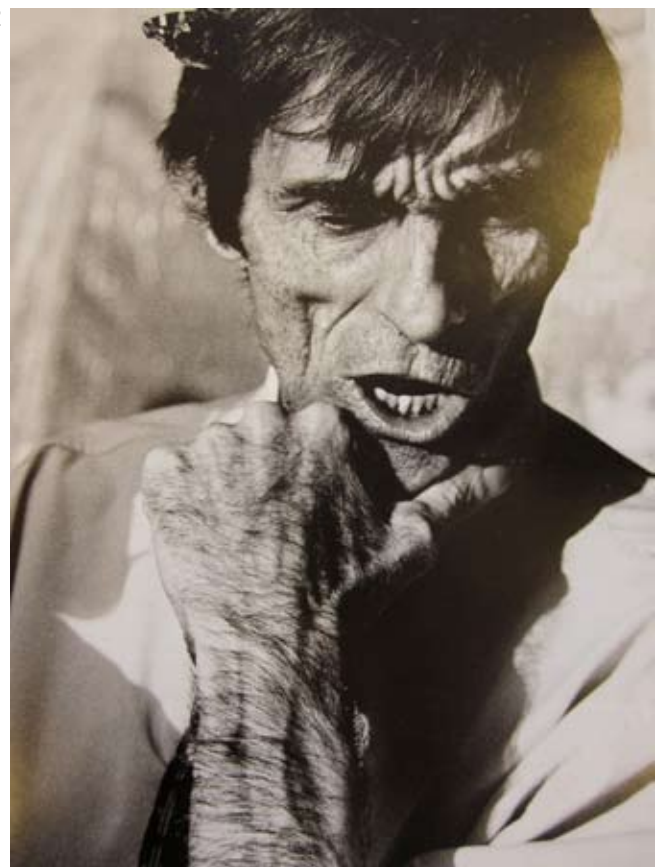
sta della sua metafora.

Le fotografie di Butturini e Lucas, certo più mirate a un'efficacia narrativa dei contenuti, ci traghettano verso la terza sezione, in cui gli ex degenti dei manicomi ci vengono presentati nella loro vita al di fuori delle strutture. In essa troviamo molti ritratti che cercano di cogliere una difficile normalità nelle nuove, semplici attività quotidiane. Ancora sulla memoria sono i lavori di Roberto Salbitani sulle tracce, spesso inquietanti, rimaste sui muri del manicomio di Trieste, e di alcuni fotografi reggiani sull'ex ospedale psichiatrico giudiziario della città, mentre la giovanissima Ilaria Turba, con una delicatissima ricerca, affianca in duplici ritratti i malati di mente ai sani rendendoli indistinguibili, tagliando il ponte con le pretese scientifiche delle immagini di un secolo prima.

FIG. 1
DIPINTO SU TELA DI UN EX
RICOVERATO DEL MANICOMIO DI
ODERZO

FIG. 2-3
FOTOGRAFIE DI BUTTURINI E LUCAS

2



3

**Oltre la follia.
Il volto umano della legge
Basaglia**
Alassio, 2008

Oltre 100 immagini scattate nei decenni passati, e fino agli anni più recenti, da parte di maestri riconosciuti della fotografia italiana e giovani promesse.

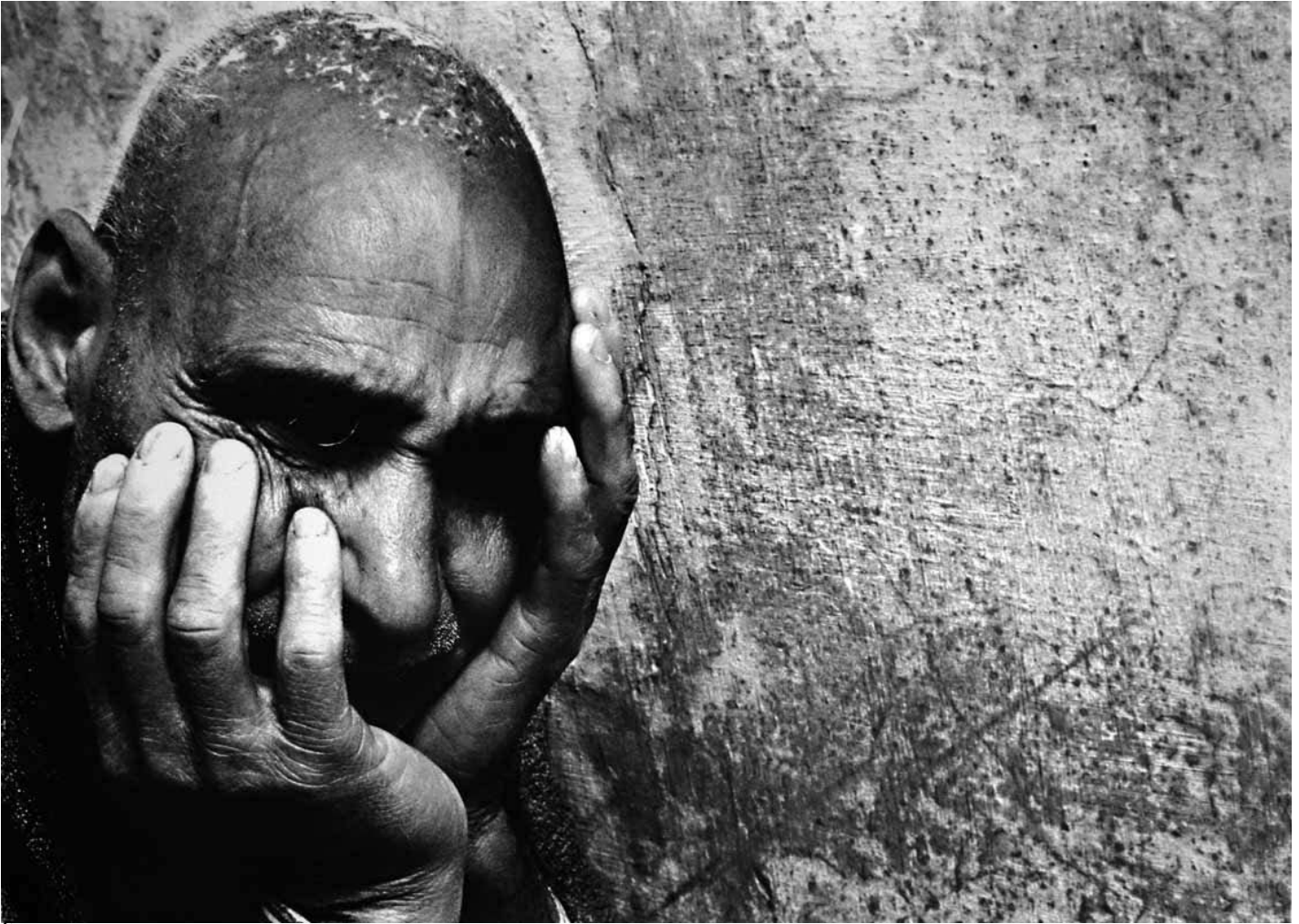
La mostra ospita alcuni scatti storici di Gianni Berengo Gardin, tra i primi fotografi a varcare la soglia dei manicomi italiani per mostrare e far comprendere il dramma di un "popolo" sommerso, privato di ogni diritto, senza voce né volto. A questi primi pionieri, si sono succedute generazioni più giovani di fotografi che ne hanno seguito le orme, scattando importanti foto che documentano i manicomi per quello che sono stati: luoghi del dolore. In questi luoghi molti pazienti hanno passato l'intera vita, spesso abbandonati dalla società e dai familiari.



4



5



6



7

FIG. 4-5-6-7
OLTRE LA SOGLIA DEI MANICOMI
ITALIANI, FOTOGRAFIE DI GIANNI
BERENGO GARDIN

**Arte, genio e follia.
Il giorno e la notte
dell'artista**
Siena, 2009



8

“Arte, Genio e Follia” è una mostra ideata da Vittorio Sgarbi e destinata al grande pubblico. Quasi 400 opere di grandi protagonisti dell’arte moderna e contemporanea, provenienti dai musei di tutta Europa, raccontano il complesso rapporto tra genio artistico e disturbi mentali: Van Gogh, Kirchner, Munch, Ernst, Dix, Grosz, Guttuso, Mafai, Ligabue, sono solo alcuni dei protagonisti che faranno riflettere su un tema affascinante ed allo stesso tempo inquietante. Chi non si è emozionato davanti a un Van Gogh, soffermandosi sul fatto che dietro tanta bellezza ci fosse una persona “disturbata”? L’obiettivo della mostra è quello di esplorare la pazzia degli artisti attraverso l’espressione di forme e colori, entrare nella loro mente, decifrarne le fantasie, senza rinunciare alla fondamentale prospettiva storica ed a tutti quei contributi che hanno studiato “arte, genio e follia” da tutti i punti di vista, siano

essi di natura artistica, scientifica o medica. Come affermato da Vittorio Sgarbi nell’intervista rilasciata in occasione della presentazione della mostra, *“ci sono artisti sani che capiamo essere matti solo leggendo le loro opere e invece ci sono creatori folli che riescono a mascherare le loro deviazioni sulla tela, altri ancora che danno libero sfogo al loro tormento”*

FIG. 8
VICTOR BRAUNER, LE VER LUISANT,
1933

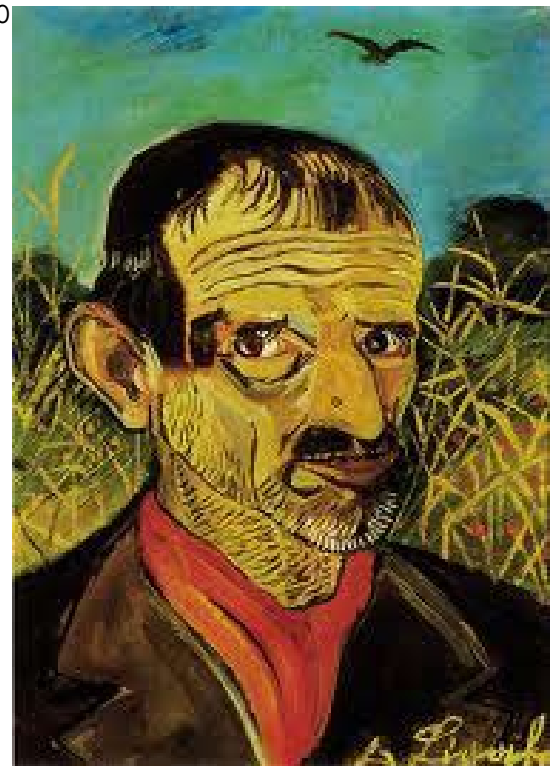
FIG. 9
ARTE, GENIO, FOLLIA: CARLO ZINELLI
BALLERINE NERE SU SFONDO
GIALLO, 1963

FIG. 10
ANTONIO LIGABUE, AUTORITRATTO
CON SCIARPA ROSSA, 1956



9

10



Finalmente la follia Milano, 2010

Dopo quattro anni di pausa espositiva torna a Milano una personale di Antonio Musella, artista di rilievo internazionale con le sue ultime opere

Materia, intelletto e creatività. Su questi tre elementi si fonda il percorso artistico di Antonio Musella dalla fine degli anni 80 ad oggi per raccontare l'uomo.

Nella mostra a Spazio Tadini espone i suoi ultimi lavori su un tema delicato e denso di emotività: la "follia".

"La mia attenzione si è sempre rivolta all'essere umano. Nei miei primi lavori ero concentrato sul corpo. Per me rappresentava lo strumento principe attraverso il quale l'uomo si esprime e relaziona – spiega Musella – Un episodio drammatico della mia vita mi ha poi spinto ad esplorare non solo il corpo, la materia, ma anche l'intelletto e la creatività perché solo questo insieme riesce a fare la differenza tra l'uomo e gli animali, a dare l'anima".

Per Musella la materia è principalmente il ferro (scolpito), il pensiero è il vetro su cui incidere parole, anche da frantumare, ma non perdere mai. E poi c'è la creatività rappresentata dalla luce perché permette di vedere oltre, di risolvere, di far nascere.

"Nel mio lavoro riporto sempre questa triade – dice Musella – spesso rappresentata dal triangolo che non è mai un luogo geometrico, ma una rappresentazione di relazione.

La "follia" mi sembra la giusta evoluzione del mio percorso di ricerca.

La "follia" è la rottura dello schema, (e) da lì può nascere il nuovo, può morire il vecchio.

La "follia" intesa come un invito ad osare che secondo me un po' manca all'uomo contemporaneo, troppo legato da ritmi serrati e da nozioni confezionate per la massa in cui si perde l'individualità".

Uno sguardo ritrovato Sassari, 2010

Roba da matti: così poteva apparire la scelta di affidare una macchina fotografica a un paziente rinchiuso all'interno di un ospedale psichiatrico degli anni '70.

Un'idea che poteva venire solo a chi, in quel periodo, entrava in contatto con le teorie e la persona di Franco Basaglia e, di conseguenza, con la necessità di modificare in positivo la vita di migliaia di internati in tutta Italia.

Fu così che Luigi Bua, all'epoca ricercatore della Facoltà di Scienze politiche di Sassari e volontario nel manicomio di Sassari, decise di dare a un giovane francese che in quel periodo si trovava ricoverato presso la struttura di Rizzeddu (e di cui s'è poi persa ogni traccia), una macchina fotografica.

L'idea non era casuale: l'internato, infatti, si diceva fotografo.

Ecco, dunque, il modo più adatto per cercare di restituirgli l'identità: assecondare la sua inclinazione dotandolo di uno strumento in

grado di cogliere, dall'interno, attimi di vita quotidiana dell'ospedale psichiatrico, testimoniandoli così all'esterno.

Ma, prima di tutto, restituendo alla "persona" lo "sguardo".

Da queste premesse nasce la mostra fotografica «Uno sguardo ritrovato», curata da Bua e Giannichedda insieme a Daniele Pulino e Sergio Scavio.

Saranno qui esposti, per la prima volta, diciassette scatti dell'anonimo ex-paziente francese (scelti tra i negativi conservati con cura, per quasi quarant'anni, da Luigi Bua), grazie ai quali il pubblico potrà partecipare a quella realtà altrimenti occultata, per decenni, dietro invalicabili mura.

**Museo
laboratorio della mente**
Roma, 2000

C'è un luogo in cui si visita la malattia mentale e si combatte lo stigma e la discriminazione.

Un museo che rappresenta la pazzia e ne documenta le sue forme di segregazione.

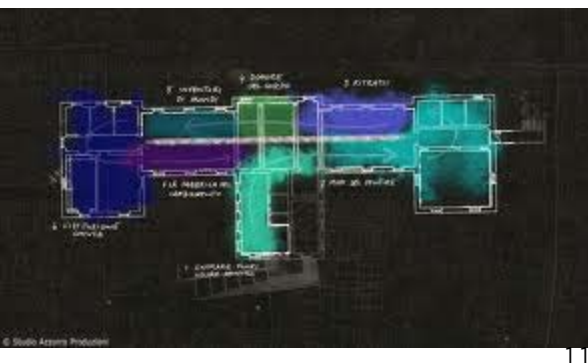
Un laboratorio che elabora la memoria di cinquecento anni di attività di un ex ospedale psichiatrico e ne preserva il patrimonio storico-scientifico.

Il padiglione VI del Santa Maria della Pietà di Roma oggi è un museo, il Museo laboratorio della mente, appena inaugurato, voluto dalla Asl (Roma E) che, con Regione, Comune e Università, ha formulato un piano di riutilizzo del complesso manicomiale, cuore di un nuovo centro metropolitano e urbano dotato di servizi sociali, culturali, socio-sanitari e territoriali, di spazi per la ricerca e la didattica, strutturato in particolare per l'accoglienza degli studenti universitari.

Così, una parte del vecchio ospedale si converte in luogo da esplorare,

in un eccezionale laboratorio per la critica al modello manicomiale e la sperimentazione di una nuova cultura della salute mentale, già sancita nella legge 180 del 1978.

L'impatto è forte, ma all'interno del museo si è evitata la spettacolarizzazione della malattia, per fare di una visita un percorso intimo, conoscitivo ed esperienziale. All'interno del museo sofisticate tecnologie offrono documenti d'archivio, testimonianze di storie vissute e ambientazioni che aiutano la comprensione di un tema così difficile e tutta la storia dell'ospedale: ambienti sensibili e tavoli interattivi, progettati da Studio Azzurro - gruppo di ricerca milanese impegnato nell'applicazione delle nuove culture tecnologiche, con un forte interesse per l'interattività e il multimediale - conducono attraverso varie tappe esperienziali fino agli sconfinamenti della ragione.



11

FIG. 11
PIANTA DEL MUSEO CON IL
PERCORSO DELLE SALE

FIG. 12-14
SALA 4 "DIMORE DEL CORPO"

FIG. 13-16
SALA 5 "INVENTORI DI MONDI"

FIG. 15
SALA 6 "L'ISTITUZIONE CHIUSA"

FIG. 17
LOCANDINA MUSEO DELLA MENTE



12



13

14



15

16



17

**Museo
Manicomio di San Servolo**
Venezia, 2006

La follia reclusa, questo è il nome del museo inaugurato il 20 Maggio 2006 nell'isola di San Servolo, dove sono esposti al pubblico i reperti appartenuti al manicomio, che ha caratterizzato la storia dell'isola dai primi del '700 fino al 1978. Lo scopo del nuovo spazio museale è quello di mettere in evidenza la dimensione emarginante e segregante dell'istituzione manicomiale.

I reperti esposti hanno lo scopo di mostrare l'evoluzione della disciplina e delle strutture psichiatriche dal primo internamento a San Servolo, nel 1725, fino alla chiusura dell'ospedale.

Sono visibili gli strumenti di contenzione e i medicinali ottocenteschi, gli strumenti per l'elettroterapia e quelli per le analisi del Novecento, i manufatti dei degenti che venivano sottoposti all'ergoterapia (lavoro come forma di cura), il pianoforte per la musicoterapia, i documenti medici e amministrativi, una ricostruzione della sala anatomica con

l'esposizione di alcuni cervelli e crani, oltre a molte foto di alienati, della struttura asilare e dei suoi padiglioni.

L'allestimento è stato realizzato obbedendo a rigorosi canoni storiografici. Il manicomio, lungo tutta la sua storia, ha funzionato come dispositivo carcerario, producendo emarginazione, violenza, repressione, contenzione. Tuttavia, all'interno di queste sue dimensioni costitutive – anche se mai autonomamente da esse – il manicomio ha veicolato momenti di ascolto, tecniche di cura e modalità di contenimento che troveranno pieno sviluppo, in tempi più vicini ai nostri, fuori dalle mura dell'asilo e dopo il varo della Legge 180. Oggi il patrimonio cui attingere – tra reperti specifici, materiale documentario, ambienti dell'ospedale, risorse multimediali – è una fonte di memoria storica per l'isola, per la città e per la storia della medicina psichiatrica dagli albori fino ai giorni nostri, che

mette in evidenza la dimensione emarginante e segregante dell'istituzione manicomiale.



FIG. 18
SALA ESPOSITIVA FOTOGRAFIE E
STRUMENTI DAL MANICOMIO DI SAN
SERVOLO

**Museo
Antropologia criminale
Cesare Lombroso**
Torino, 2007

Nato come collezione privata di Lombroso, il museo fu allestito nel 1876 all'interno del Laboratorio di Medicina legale dell'Università di Torino. Dopo vari trasferimenti giunse nel 2009 nel Palazzo degli Istituti Anatomici dell'Università di Torino.

Il Museo ospita collezioni che comprendono preparati anatomici, disegni, fotografie, corpi di reato, scritti e produzioni artigianali e artistiche, anche di pregio, realizzate da internati nei manicomi e dai carcerati.

Lombroso iniziò a raccogliere questi materiali intorno al 1859 e continuò a farlo per tutta la vita, con l'aiuto di allievi e ammiratori che in Italia e negli altri paesi europei, in America, Asia e Australia, si ispirarono alle sue teorie. Fu poi Mario Carrara, genero e successore di Lombroso, a proseguirne l'opera, fino al 1932, quando venne espulso dall'Università per aver rifiutato di giurare fedeltà al fascismo.

Lombroso in vita fu considerato da taluni un genio, da altri un ciarlano; la sua opera fu certamente uno specchio della società e dell'epoca in cui visse e oggi il suo museo ci invita a confrontarci con il complesso, controverso rapporto che tutti abbiamo nei confronti dell'«altro», non importa se simile o diverso, sano o malato, contemporaneo o antico. Per facilitare la lettura di un personaggio così controverso, le cui teorie criminologiche hanno oggi un interesse solo più storico-scientifico, il percorso espositivo è arricchito da svariate postazioni multimediali, per puntualizzare il contesto storico e culturale nel quale si svolse la sua opera.



19

FIG. 19
TECHE CON ESPOSTE TESTE DI
DELINQUENTI, MUSEO LOMBROSO



20

FIG. 20
CRANIO ESPOSTO AL MUSEO
LOMBROSO

FIG. 21
STUDIO DI CESARE LOMBROSO,
MUSEO LOMBROSO



21

**Museo
Psichiatria San Lazzaro**
Reggio Emilia, 2011



22

«Certi luoghi, come il Padiglione Lombroso all'interno dell'ex San Lazzaro, parlano da soli.

Lo fanno con aerei, missili e svastiche disegnati sul muro d'ingresso con la suola delle scarpe al tempo di guerra, violento riflesso di un mondo visto da dietro le sbarre, con gli ancora visibili letti in ferro a cui legare gli ospiti e con i graffiti impressi sulle pareti delle celle tra nomi e insulti agli infermieri «ladri affamati che rubano il pane agli ammalati».

L'edificio, progettato più di cento anni fa, viene oggi (2011) riqualificato in quanto fu un importante riferimento della ricerca e della storia della scienza psichiatrica di Reggio e non solo.

Il progetto ha voluto conservare le tracce del tempo e del degrado del luogo rievocandone la particolare atmosfera.

Il restauro prevede il rispetto assoluto dell'edificio nella conformazione dei suoi spazi, materiali, decori,

serramenti e arredi, in modo da ripristinare nella loro originalità gli ambienti così com'erano nel periodo manicomiale.

L'istituzione del museo porterà all'esposizione di strumenti di contenzione e di terapia, così come di opere realizzate dai ricoverati, lasciando ben visibile una struttura ritrovata che è capace di parlare da sola, attraverso i graffiti delle stanze e le feritoie che permettevano agli inservienti di controllare le camerate.

Il progetto, pur mirando al coinvolgimento emotivo dei visitatori, prevede di dotare tutti gli spazi di raffinate tecnologie che consentiranno la più elevata informatizzazione degli allestimenti museali, l'interattività e il ricambio dei contenuti. Sarà l'Azienda Usl (proprietaria dell'immobile, ceduto in comodato al Comune) che conferirà gratuitamente al Museo internazionale della psichiatria i beni che documentano la vita dell'ex istitu-

to psichiatrico, come strumenti di contenzione e terapia, materiali del laboratorio scientifico, documenti dell'archivio clinico e opere realizzate dai ricoverati.

23

FIG. 22-23
FOTO ESTERNO EX MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO, REGGIO EMILIA





24



25



26



27

FIG. 24
FOTO CORRIDOIO INTERNO CON
CELLE, EX MANICOMIO SAN
LAZZARO, SEZIONE LOMBROSO,
REGGIO EMILIA

FIG. 25-26
FOTO DI GRAFFITI SUI MURI
ALL'INTERNO DELLE CELLE
REALIZZATI DA RECLUSI, EX
MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE
LOMBROSO, REGGIO EMILIA

FIG. 27
LETTI DI CONTENZIONE, EX
MANICOMIO SAN LAZZARO, SEZIONE
LOMBROSO, REGGIO EMILIA

**Accademia della Follia
Stravaganza
Spettacolo teatrale
Trieste**



28

L'Accademia della Follia e il Teatro Stabile di Trieste hanno messo in scena "Stravaganza", un testo teatrale di Dacia Maraini, che ha esordito il 10 ottobre 2009 al Teatro Goldoni di Venezia in occasione del Festival dei Matti Numero Zero per poi essere rappresentato in 12 repliche al Teatro Stabile di Trieste.

Stravaganza nasce nel 1986 ed è un progetto culturale che parla di follia, di pregiudizio ed esclusione sociale. E' un progetto teatrale prezioso e raro, messo in scena dai matt-attori dell'Accademia della Follia, ovvero da artisti ricchi di talento e tecnica, che hanno conosciuto nella loro vita il manicomio e che hanno potuto scoprirsi ed esprimersi a livelli di eccellenza solo grazie alla chiusura dei manicomi.

In questi luoghi di detenzione, dove venivano applicate cure come l'elettroshock, i letti di contenzione e le camicie di forza, i matti perdevano alcuni fondamentali diritti civili e,

spesso, l'istituzione aveva il sopravvento sulle loro libertà personali.

L'intento è di analizzare il passaggio successivo, quando l'emarginazione sociale travolge queste persone reintrodotte bruscamente nella comunità. Si troveranno dunque costrette a tornare in manicomio e auto-organizzarsi.

La pièce, prodotta dal Teatro Stabile del Friuli Venezia Giulia, affronta i difficili temi del pregiudizio e dell'esclusione sociale del diverso.

Gli attori che saliranno sul palcoscenico sono persone che soffrono di disagi mentali: la mimica dei loro corpi, l'impegno, la creatività saranno il principale veicolo del messaggio.

"Il concetto di normalità - riflette la scrittrice - è dettato dalla norma. La normalità, quindi, è una convenzione".

Definire cosa sia folle e cosa no non è tra le intenzioni dello spettacolo.

Al contrario, la necessità - e quindi l'urgenza - sta nel dimostrare

quanta umanità, quanta sensibilità, quanta potenzialità creativa e intuitiva si celi o, come in questo caso, si evidenzi nel comportamento di un "matto".

Stravaganza mette in scena cinque malati di mente internati in un manicomio, tre uomini e due donne, che si tengono compagnia, si raccontano, si amano, litigano, si aggrediscono, ridono di sé e degli altri. Un giorno vengono a sapere che è stata votata la legge Basaglia: da domani tutti a casa! L'ospedale chiude. Ma dove andare? Ciascuno fa i conti con il proprio passato: chi ha una compagna che si è messa a vivere con un altro, chi una madre morente e dei fratelli invadenti che hanno occupato tutta la casa, chi un padre che certamente non rivuole presso di sé una figlia cleptomane, chi una moglie che ha trovato modo di fare soldi per conto proprio visto che lui non è stato più capace di mantenerla. I cinque decidono comunque di tornare a

casa. Gli affetti su cui hanno sempre sognato sono lì ad attenderli. Ma appena arrivati trovano gelo e disattenzione. In realtà nessuno li vuole: sono stati bellamente sostituiti. C'è addirittura qualche parente che ha paura di loro, e vorrebbe chiuderli a chiave nella stanza rimediata all'ultimo momento. Così i quattro, perché il quinto Alcide non ha nessuno da cui andare ed è rimasto in manicomio, sono costretti a tornare in ospedale. Dove però decidono di vivere a modo loro: senza medici, senza elettroshock, senza chiavi e chiavistelli, in una comune aperta, con nuove regole stabilite da loro.

Il dibattito intorno alla validità della legge risulta ancora aperto: "Che la legge Basaglia - spiega la scrittrice - non funzioni fino in fondo lo sanno anche i sassi.

Ma perché troppo spesso manca l'accoglienza dei malati nelle comunità terapeutiche, la cura assicurata, il recupero e la restituzione

alla società degli individui più fragili e sconnessi. Un progetto coraggioso, non facile, certamente, ma che va comunque tentato, nel rispetto degli ammalati. Un progetto per niente utopistico. _

La prova sta nel fatto che in certe regioni, dove si è investito sul programma, la cosa funziona".



29

FIG. 28
RITRATTO DELLA SCRITTRICE DACIA
MARAINI

FIG.29
RITRATTO DEL MATT-ATTORE
CLAUDIO MISCULIN, DIRETTORE
DELLO SPETTACOLO "STRAVAGANZA",
ACCADEMIA DELLA FOLLIA

FIG. 30
CLAUDIO MISCULIN INSIEME AD UN
ATTRICE DI STRAVAGANZA SULLA
SCENA TEATRALE



30

0

08

Progetto

TRIENNALE

La Triennale di Milano raccoglie una collezione di opere di design e molte esposizioni temporanee di design ed arte moderna. È ospitata nel Palazzo dell'Arte di Parco Sempione. Essa è stata fondata a Monza nel 1923 in occasione della I Biennale delle arti decorative dell'ISIA.

È stata trasferita a Milano nel 1933, anno della costruzione del Palazzo dell'Arte di Giovanni Muzio, realizzato grazie al lascito testamentario dell'industriale tessile Antonio Bernocchi. La Triennale si pone come obiettivo, sin dalla sua nascita, lo stimolo dell'interazione tra industria, mondo produttivo e arti applicate.

In questa ottica, negli anni, la Triennale ha assunto un ruolo di amplificatore mediatico per l'innovativo ambiente italiano, catalizzando

anche il confronto tra le varie correnti che man mano andavano sviluppandosi. Il ruolo innovativo dell'esposizione vi è manifestato sin dalle prime esposizioni, tanto che già nell'edizione del 1933 artisti come Giorgio De Chirico, Mario Sironi, Massimo Campigli e Carlo Carrà parteciparono esponendo loro opere.

L'attenzione alla realtà contemporanea ha coinvolto la Triennale anche nell'opera di ricostruzione post-bellica, durante la quale ha assunto un ruolo preminente nella realizzazione del quartiere QT8 di Milano. Proprio da questa esperienza è nato l'interesse della Triennale per la pianificazione urbanistica e le innovazioni tecnologiche applicate all'edilizia, che diventeranno uno dei temi fondamentali degli anni cinquanta.

La Triennale diventa negli stessi anni un punto di riferimento per il Disegno industriale, ospitando, tra le varie, le esposizioni del Premio

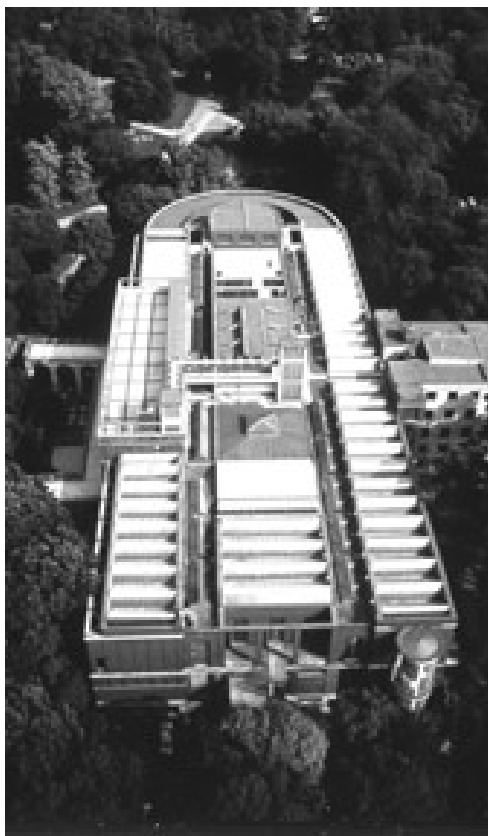
Compasso d'oro. Il campo d'interesse della fondazione si è allargato, in tempi più recenti alle nuove eccellenze del design italiano, entrando nella moda e nel mondo dei media. Dal 1999 ha assunto la personalità giuridica di Fondazione.

Nel 1923 viene istituita la medaglia d'oro in occasione della prima Esposizione delle arti decorative, creata per premiare gli espositori per la qualità e l'innovazione dei prodotti presentati.

Le prime edizioni si tennero alla Villa Reale di Monza a cura dell'ISIA (Istituto Superiore di Industrie Artistiche) e successivamente presso La Triennale di Milano. In un primo tempo la premiazione aveva cadenza annuale e costituiva il massimo riconoscimento per un prodotto o un architetto; oggi ha cadenza triennale.

La Triennale di Milano propone la propria sede come uno dei luoghi più prestigiosi per ospitare eventi di comunicazione d'impresa come

FIG. 1
VISTA AEREA DELLA TRIENNALE
FIG. 2
INGRESSO DEL DESIGN MUSEUM
ALL'INTERNO DELLA TRIENNALE
FIG. 3
VISTA ESTERNA DELL'INGRESSO
DELLA TRIENNALE



2

3

1

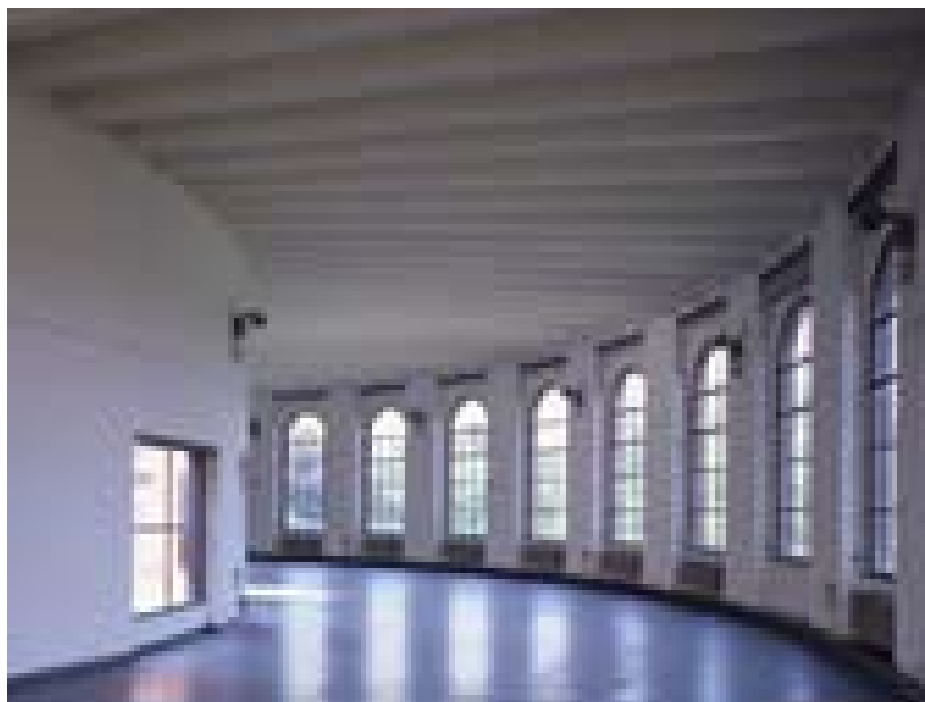
convegni, convention, workshop, mostre tematiche e cene di gala. I nuovi spazi colpiscono per la pulizia delle linee, la perfezione dei volumi, la qualità degli arredi. Attributi preziosi che la Triennale di Milano offre alle imprese, permettendo di allestire in questi ambienti modulari e flessibili grandi eventi per la comunicazione e la promozione d'impresa. Un modo nuovo di costruire brand attraverso il design e la cultura del progetto. Ambienti prestigiosi, progettati per ospitare grandi esposizioni internazionali e adeguarsi a qualsiasi necessità funzionale, cui si aggiungono servizi esclusivi come il Triennale DesignCafé e il Bookshop. Tutto questo per aggiungere valore agli eventi, inserendoli in un contesto museale ed espositivo da sempre vicino al mondo delle imprese e della progettazione. Tutti gli spazi sono modulari e flessibili: contenitori capaci di adeguarsi con la massima naturalezza

alle più diverse esigenze funzionali. L'area di ingresso costituisce un ambiente ideale per svolgere tutte le principali attività di accoglienza ed accoglienza; da qui si accede direttamente alla Triennale Lab, ideale per ospitare conferenze e presentazioni fino ad un massimo di 80 persone, e agli spazi del primo piano, in particolare al Salone d'Onore, capace di ospitare circa 350 posti a sedere e cene di gala per più di 250 persone. A tutto ciò si aggiunge la possibilità di organizzare visite guidate in esclusiva alle mostre in corso: un servizio in più per vivere ancora più intensamente la cornice culturale offerta dal Palazzo dell'Arte.

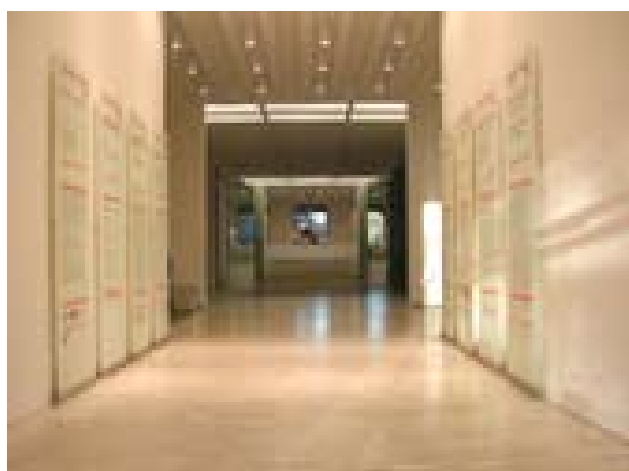
FIG. 4
FOTO INTERNA DELLA CURVA AL
PIANO SUPERIORE

FIG.5
FOTO ESTERNA DELLA CURVA

FIG.6
FOTO INTERNA DELL'INGRESSO



4



5



6

PERCHE' LA TRIENNALE

Il luogo da noi scelto per lo sviluppo del progetto è appunto la Triennale di Milano, situata nel Palazzo dell'arte di parco Sempione.

Spazio museale che raccoglie una collezione di opere di design e molte esposizioni temporanee, la Triennale rappresenta il punto di riferimento nella città per tutto ciò che riguarda il mondo dell'arte come l'architettura, le arti decorative e visive, il design, la moda e la produzione audiovisiva.

Nonostante sia uno dei centri culturali più prestigiosi di Milano per ospitare eventi e mostre e si presenti quindi come luogo ideale per attirare l'attenzione e coinvolgere il maggior numero di persone, non è questa sua grande visibilità la ragione principale della nostra scelta.

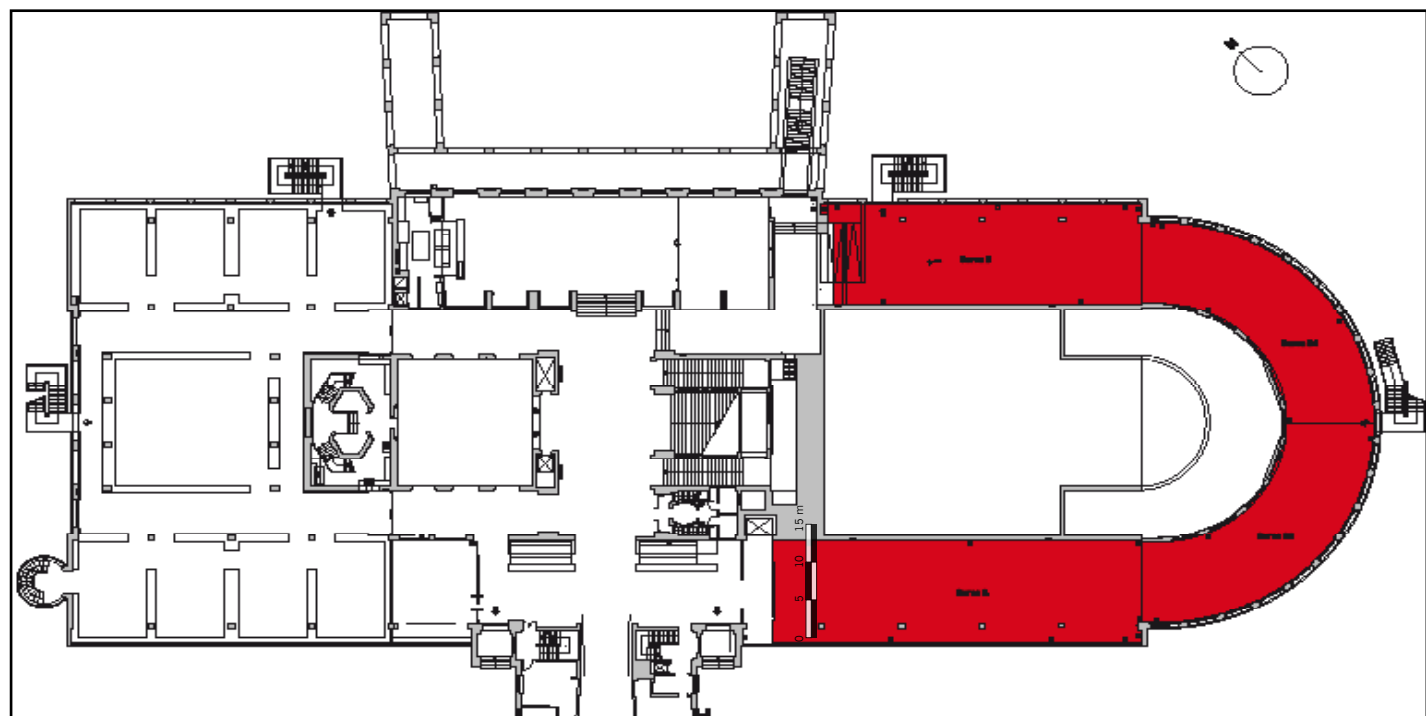
LA CURVA

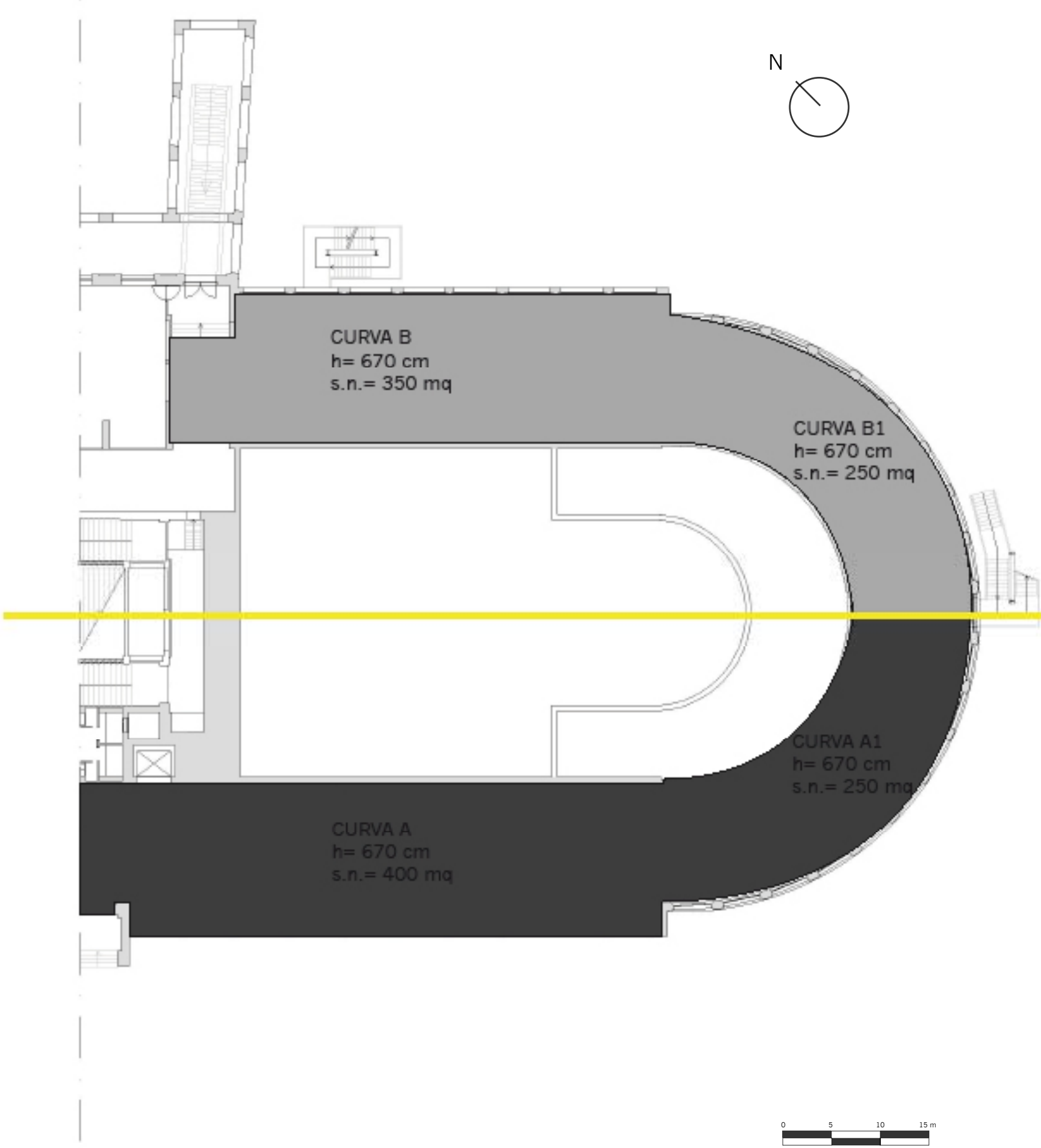
Tra gli spazi espositivi presenti al suo interno infatti quello da noi allestito per la mostra è la curva nella zona Sud-Est del piano terra, la quale strutturalmente ci permette di esprimere e sviluppare al meglio il nostro concept.

La sua forma a semicerchio consente di percepire un percorso fluido, continuativo, avvolgente e allo stesso tempo la sua simmetria rafforza uno dei concetti principali del nostro progetto, il capovolgimento dell'idea iniziale.

FIG. 7
PIANTA TRIENNALE PIANO TERRA

FIG.8
PIANTA CURVA TRIENNALE PIANO TERRA, SUDDIVISIONE INIZIALE DELL'AREA





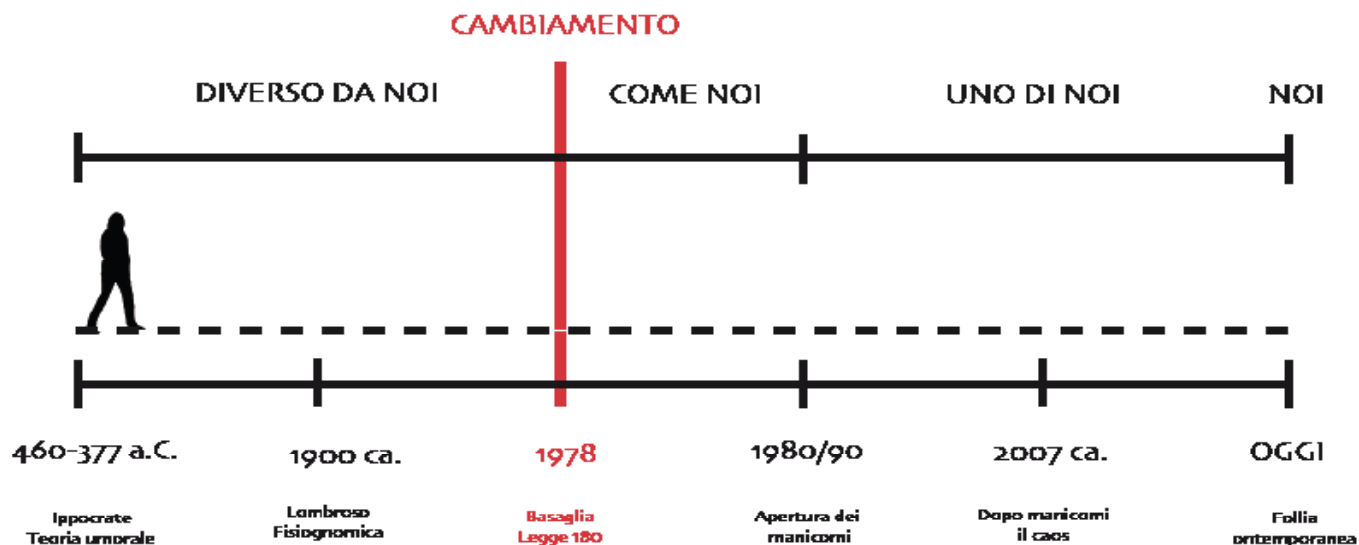
VERSO UN'IDEA DI PROGETTO

La mostra si sviluppa nella creazione di un percorso storico e allo stesso tempo mentale infatti attraverso gli eventi fondamentali della storia della follia, il visitatore da semplice osservatore esterno diventa protagonista folle. Man mano che avanza in questo percorso è portato alla perdita della sua visione iniziale del matto come diverso sino ad arrivare a mettere in dubbio il suo stesso essere "normale". Questo accade soprattutto grazie allo studio di un allestimento che in una prima parte è solo espositivo mentre successivamente rende partecipe e addirittura protagonista chi lo attraversa. Sul piano psicologico il cammino è costituito da una sequenza di fasi vissute in prima persona dall'osservatore: il deviante è una persona

diversa da noi, è uno come noi, è uno di noi, siamo noi stessi in alcuni momenti della nostra vita. L'aspetto principale della storia della follia, su cui noi abbiamo voluto porre un accento e dal quale è scaturito l'allestimento, è quello della metodologia applicata in passato per il riconoscimento del folle o meglio diverso, dovuto ad una ferrea catalogazione, creazione di regole, codici, norme e leggi da seguire, così da istituire un sistema all'interno del quale il "pazzo" veniva incasellato. Questo sistema si è indebolito via via nel corso degli anni perdendo di significato, modificando quindi la posizione predefinita del folle all'interno della società, che ormai, priva di regole, rimane in uno stato di confusione e smarrimento.

FIG. 9
SCHEMA SUDDIVISIONE INTERNA

FIG.10
PIANTA CON SUDDIVISIONE INTERNA





progetto

LA GRIGLIA

L'idea della "griglia" deriva dall'associazione del significato di questa, intesa come strumento visivo per creare sia ordine che disorientamento in base al suo utilizzo. Inoltre tale simbolo è quello più facilmente riconoscibile come segno di delimitazione, recinzione nonché isolamento. Ecco quindi che partendo da un sistema di assi cartesiani si arriva alla visione del suo opposto, uno schema libero con linee disordinate, passando per un tratto in cui l'eccessivo ordine crea il caos.

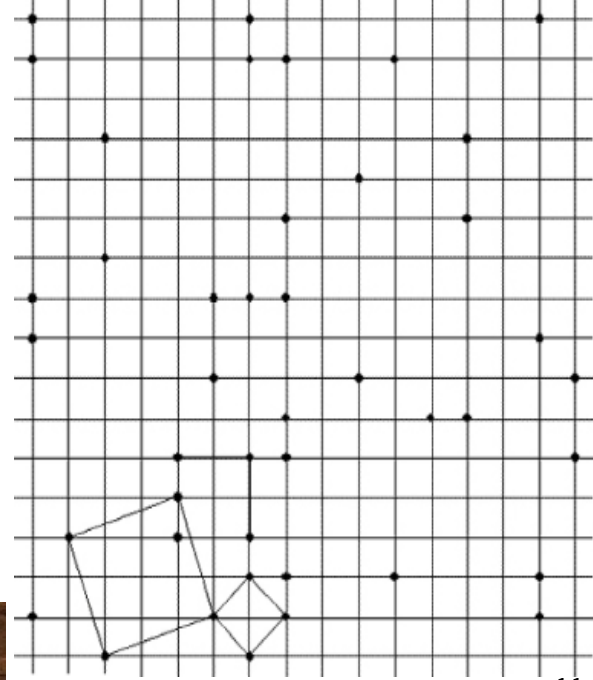
FIG.11
SISTEMA CARTESIANO

FIG.12
GRATA DI UNA CELLA

FIG.13
SUPERSTUDIO,
SERIE QUADERNA 1971,
ZANOTTA



12



11

FIG.14
VERNER PANTON, SALES EXHIBITION
DI UNIKA VAEV, ZURIGO,1961

FIG.15
IMMAGINE RETE



13

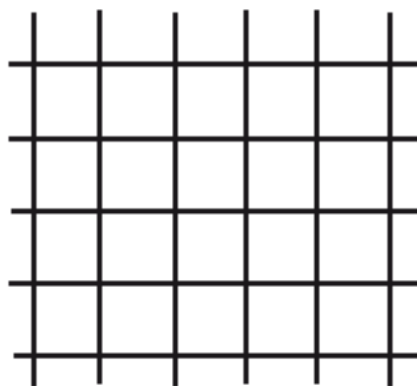


14



15

dal Medioevo _ a Lombroso



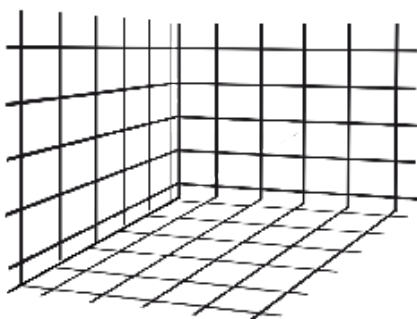
regole
catalogazioni
definizioni
codici

Franco Basaglia



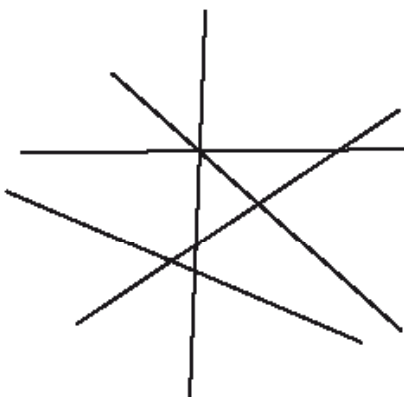
fine delle regole

dopo Basaglia



confusione

l'altro punto di vista

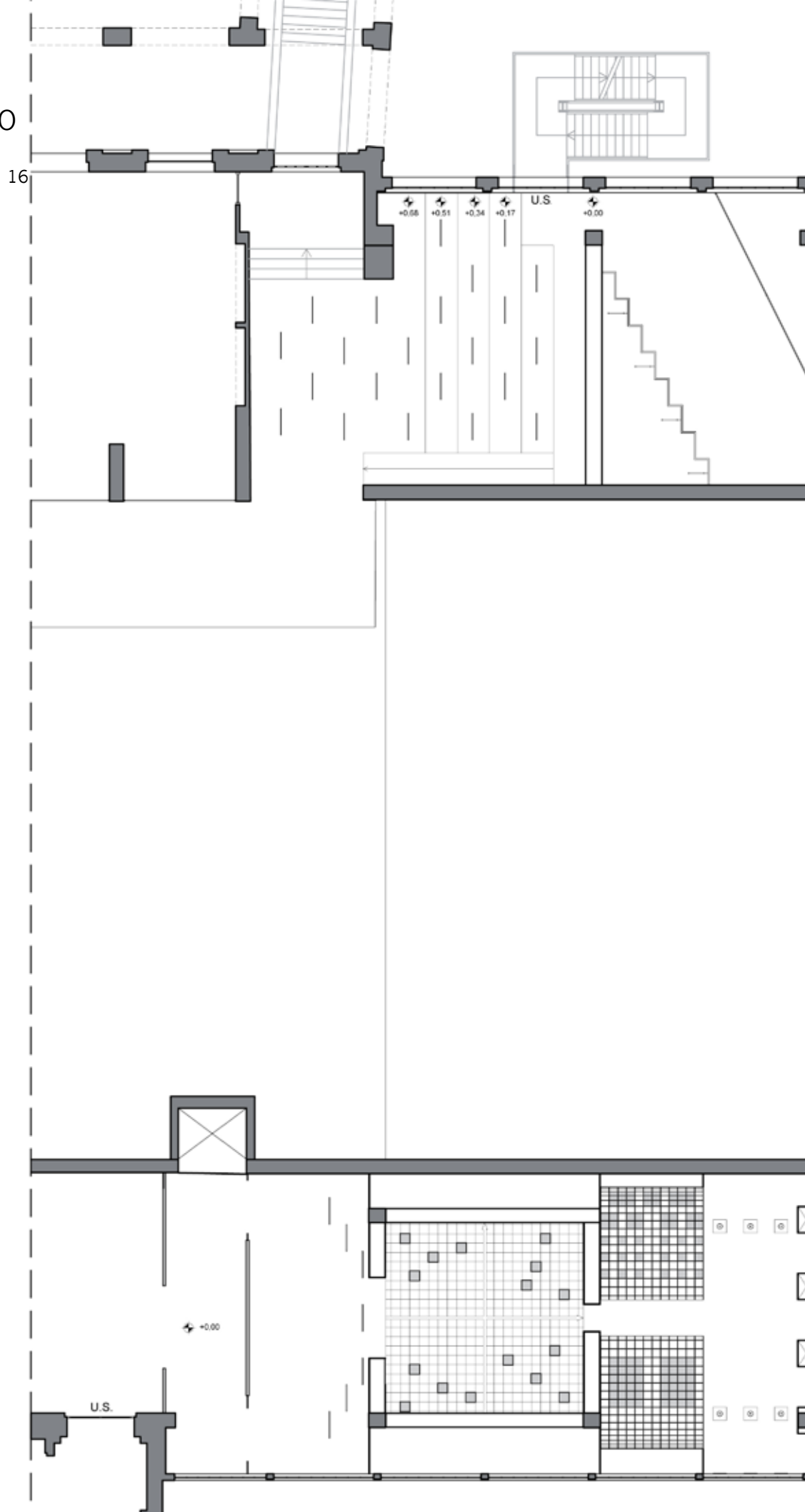


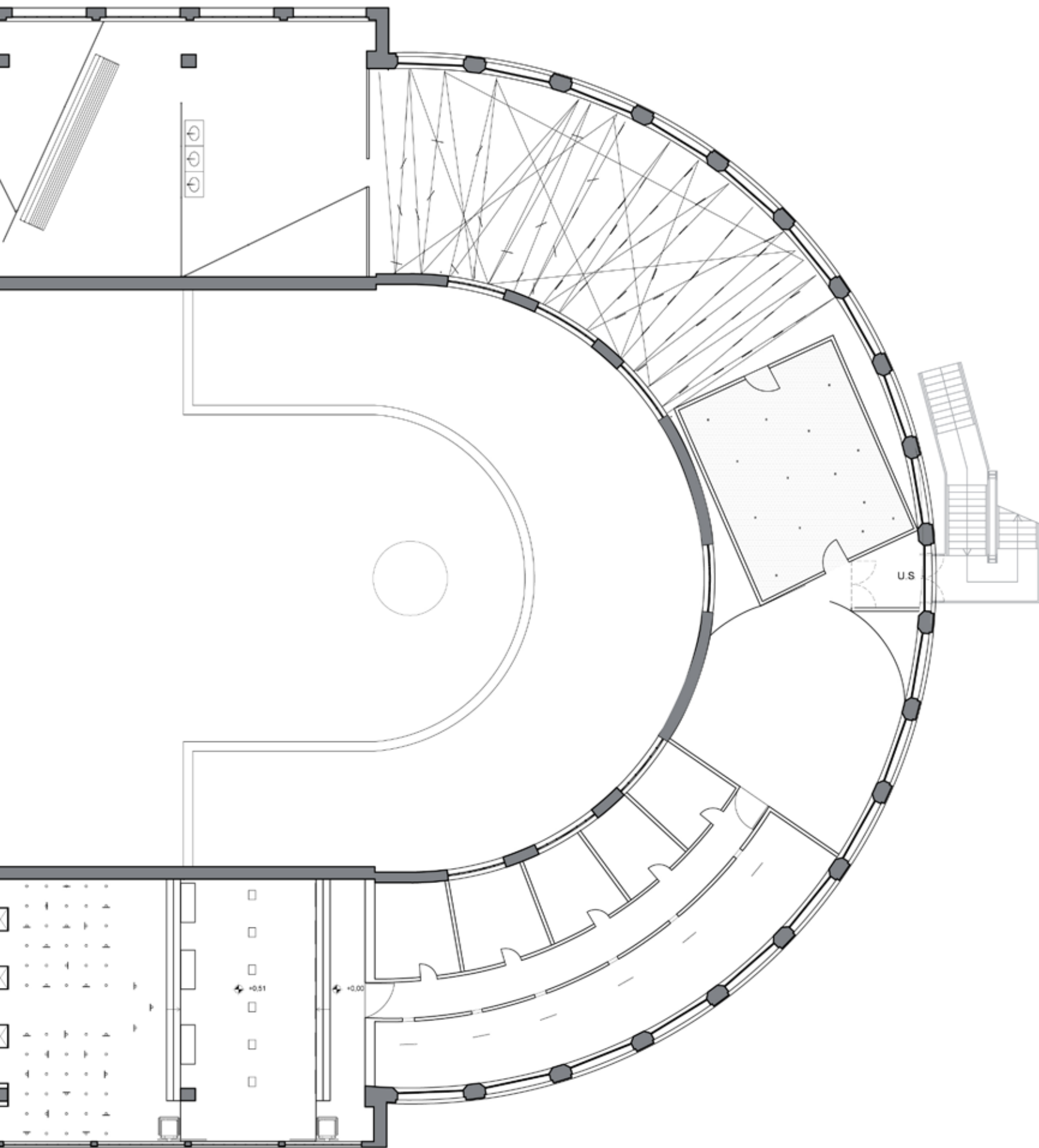
schema libero

progetto

DENTRO IL PROGETTO

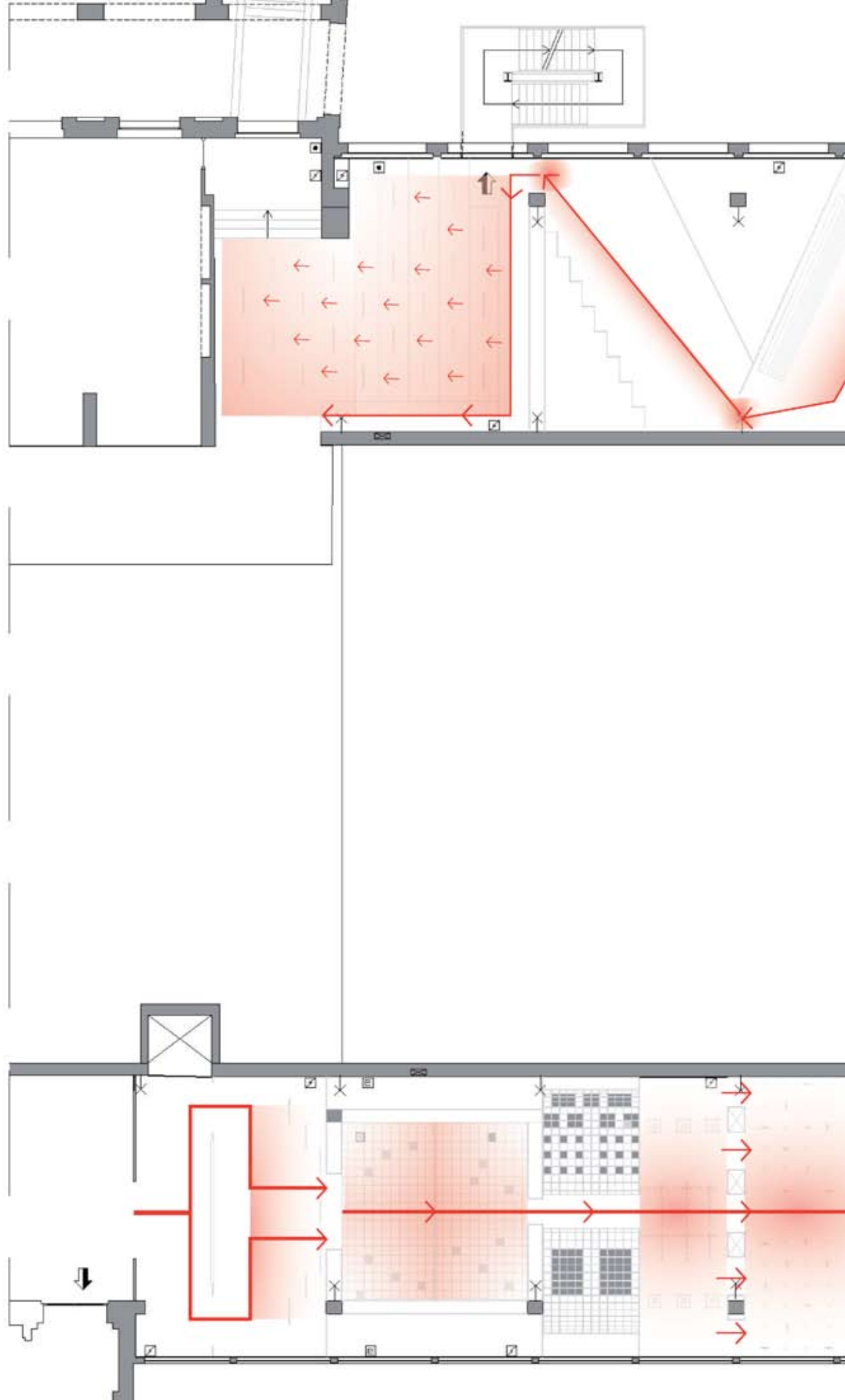
FIG.16
PIANTA SCALA 1:500





17

FIG.17
PIANTA PERCORSI
SCALA 1:500



ESTERNO

FIG.18
PIANTA ESTERNO
SCALA 1:1000





Già dall'esterno l'attenzione dei passanti è attirata da una imponente recinzione che separa l'ingresso della Triennale dalla strada.

Una recinzione che separa il mondo del "normale" da quello del "diverso" ma che allo stesso tempo invita a conoscerlo e ad oltrepassare quella linea fatta di parole e pensieri di colei che questo passaggio lo ha vissuto personalmente, Alda Merini.

Le frasi sono visibili anche di notte mediante un'illuminazione posta sulla struttura portante della recinzione, diventando così un importante punto di riferimento anche quando non è possibile visitare la mostra.

FIG.19
"LAGGIU' DOVE MORIVANO I DANNATI", ALDA MERINI, 1984

FIG.20
VISIONE DELLE DUE FRASI- SULLA RECINZIONE

FIG.21
"A FRANCO BASAGLIA", ALDA MERINI

FIG.22
PIANTA RECINZIONE

FIG.23
PROSPETTO RECINZIONE

FIG.24
ASSONOMETRIA RECINZIONE

FRONTE ESTERNO

Laggiù dove morivano i dannati nell'infemo decadente e folle nel manicomio infinito dove lemembra intorpidite si avvolgevano nei lini come in un sudario semita laggiù dove le ombre del trapasso ti lambivano i piedi nudi usciti di sotto le lenzuola e le fascette torride ti solcavano i polsi e anche le mani, e odoravi di feci laggiù, nel manicomio facile era traslare toccare il paradiso. Laggiù nel manicomio dove le urla venivano attutte da sanguinari cuscini laggiù tu vedevi Iddio non so. Alda Merini. Laggiù dove morivano i dannati. 1984

19

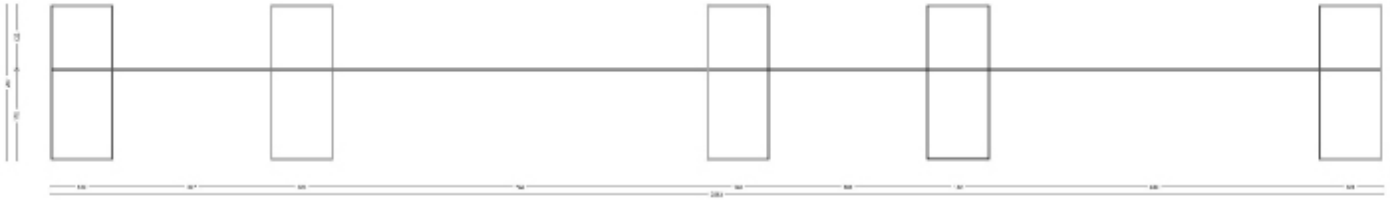
Laggiù dove morivano i dannati nell'infemo decadente e folle nel manicomio infinito dove lemembra intorpidite si avvolgevano nei lini come in un sudario semita laggiù dove le ombre del trapasso ti lambivano i piedi nudi usciti di sotto le lenzuola e le fascette torride ti solcavano i polsi e anche le mani, e odoravi di feci laggiù, nel manicomio facile era traslare toccare il paradiso. Laggiù nel manicomio dove le urla venivano attutte da sanguinari cuscini laggiù tu vedevi Iddio non so. Alda Merini. Laggiù dove morivano i dannati. 1984

20

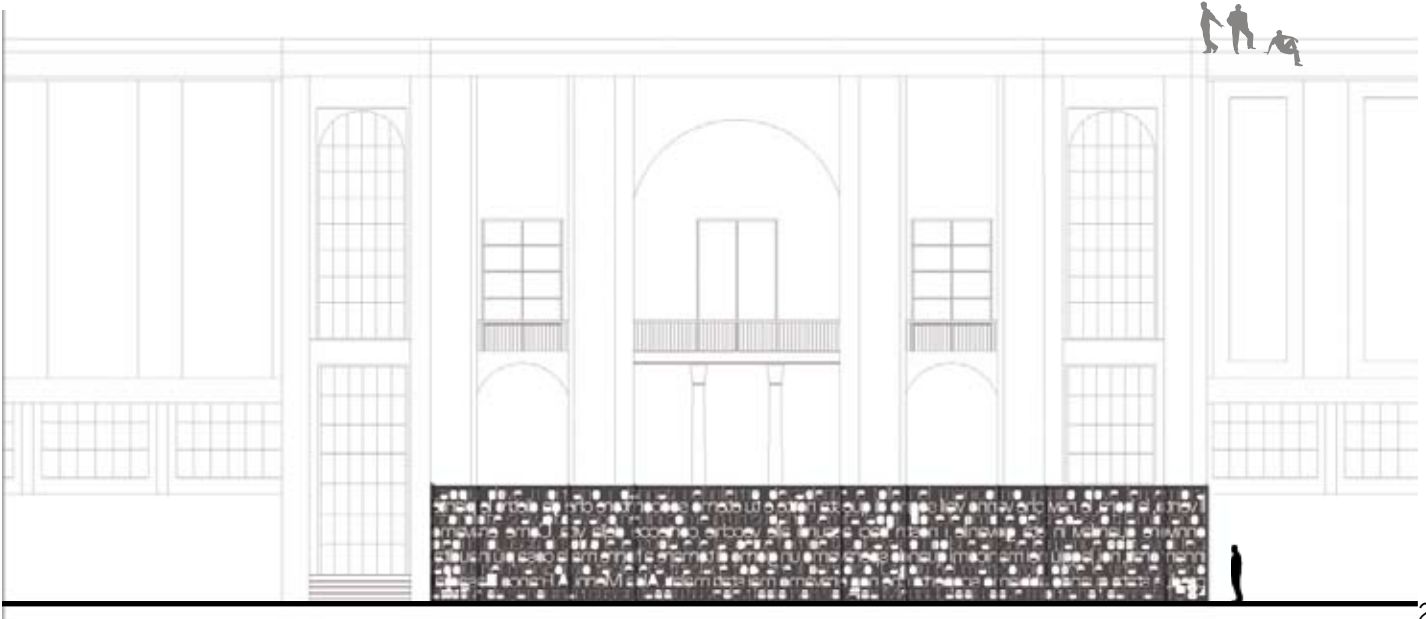
FRONTE INTERNO

Il vento, la bora, le navi che vanno via il sogno di questa notte e tu eterno soccorritore che da dietro le piante onnivore guardavi in età giovanile i nostri baci assurdi alle vecchie cortecce della vita. Come eravamo innamorati, noi, laggiù nei manicomi quando speravamo un giorno di tornare a fiorire ma la cosa più inaudita, credi, è stato quando abbiamo scoperto che non eravamo mai stati malati. Alda Merini. A Franco Basaglia.

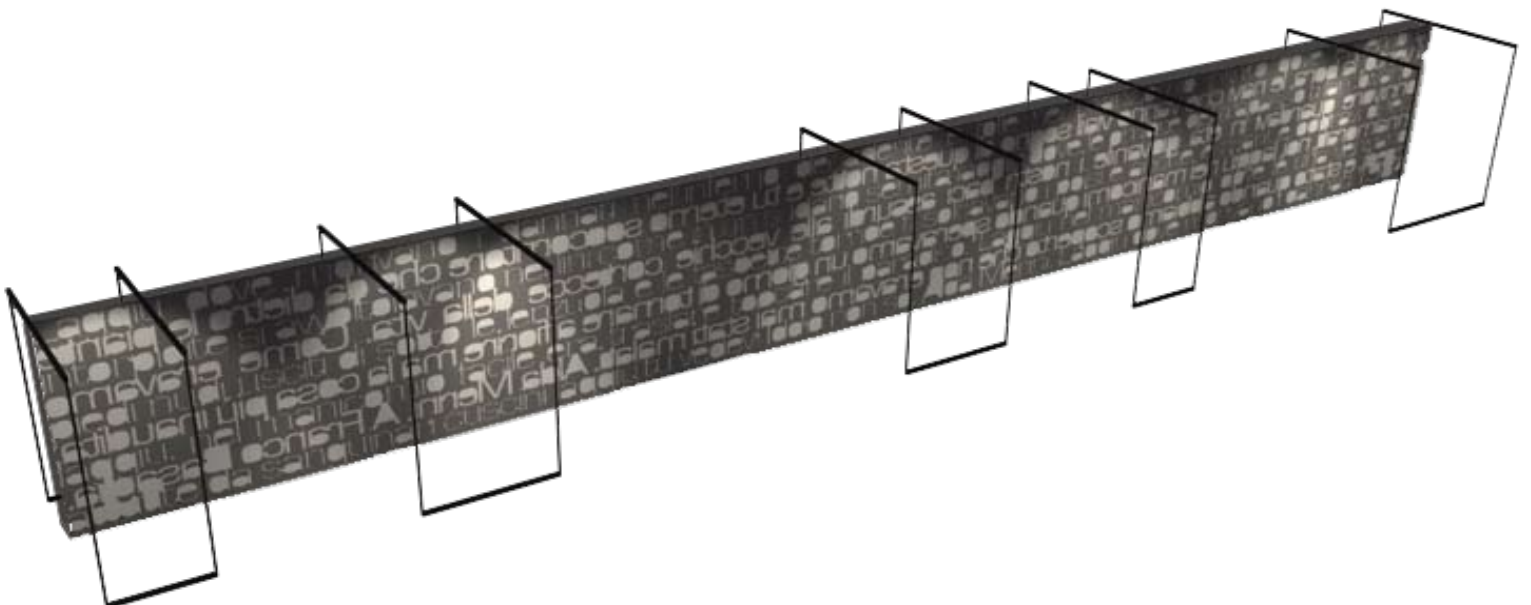
21



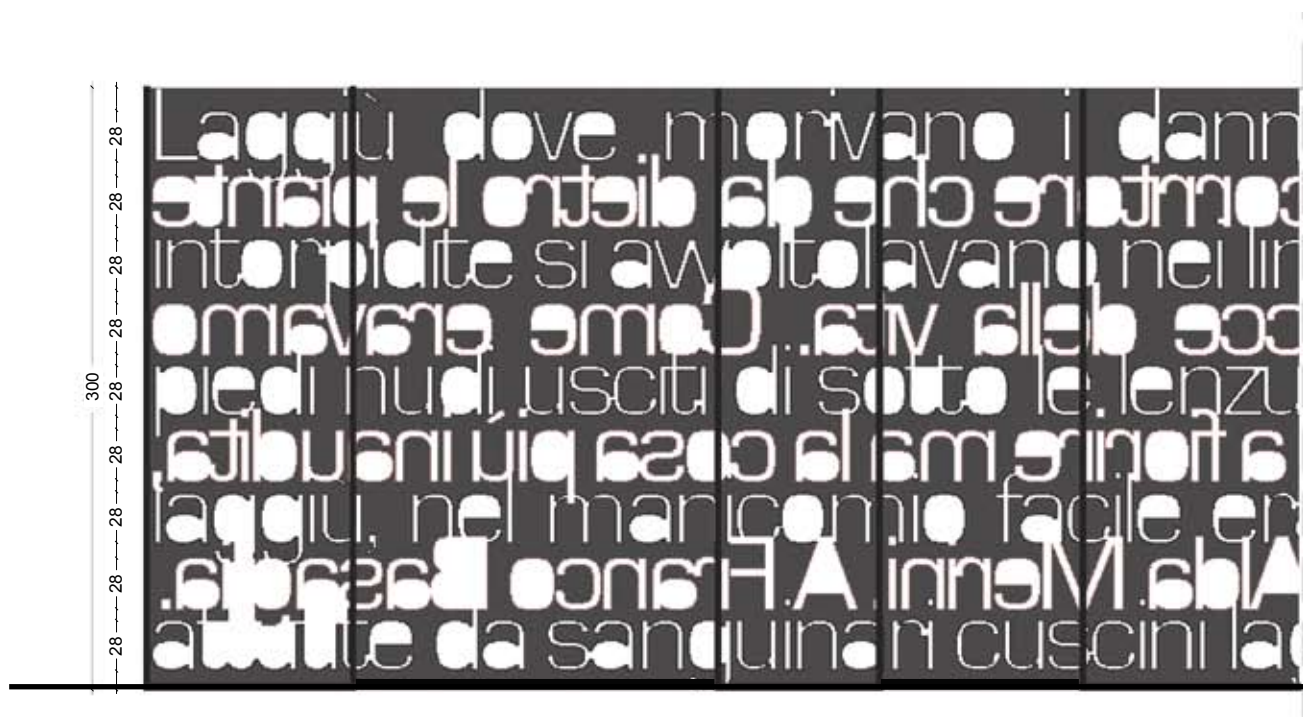
22



23



24



L' elemento esterno che abbiamo progettato è una sorta di barriera costituita da lamiere in ferro alte 3 m affiancate le une alle altre e intagliate al laser.

Le poesie scelte hanno due opposti significati: all'ingresso si potrà leggere uno scritto del 1984 di Alda Merini, "*Laggiù dove morivano i dannati*", mentre all'uscita si troverà un'altra poesia, della stessa autrice, "*A Franco Basaglia*".

Le lamiere sono sostenute da una struttura a fiocco, in acciaio anch'essa, i cui pilastri (30x40 mm) sono stati posizionati esattamente seguendo il prospetto del colonnato frontale della Triennale per renderla invisibile ad un primo sguardo.

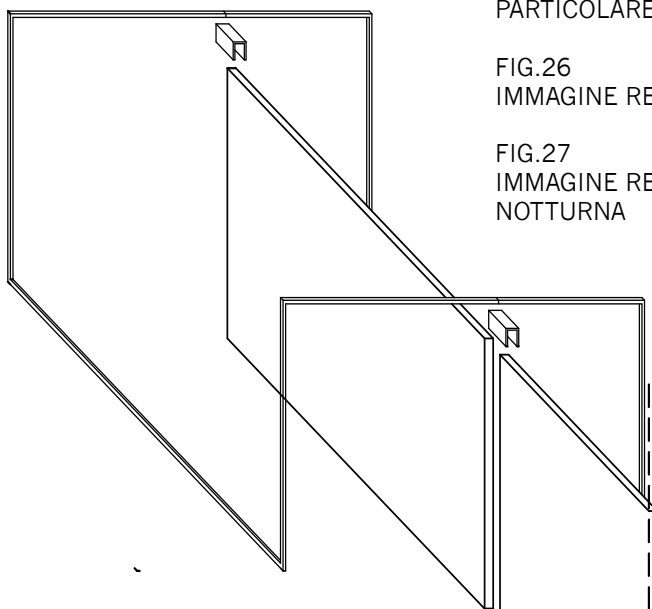
Ogni lettera ha un'altezza di 28 cm e il carattere usato è "Bodony SvyTwo SC ITC TT".

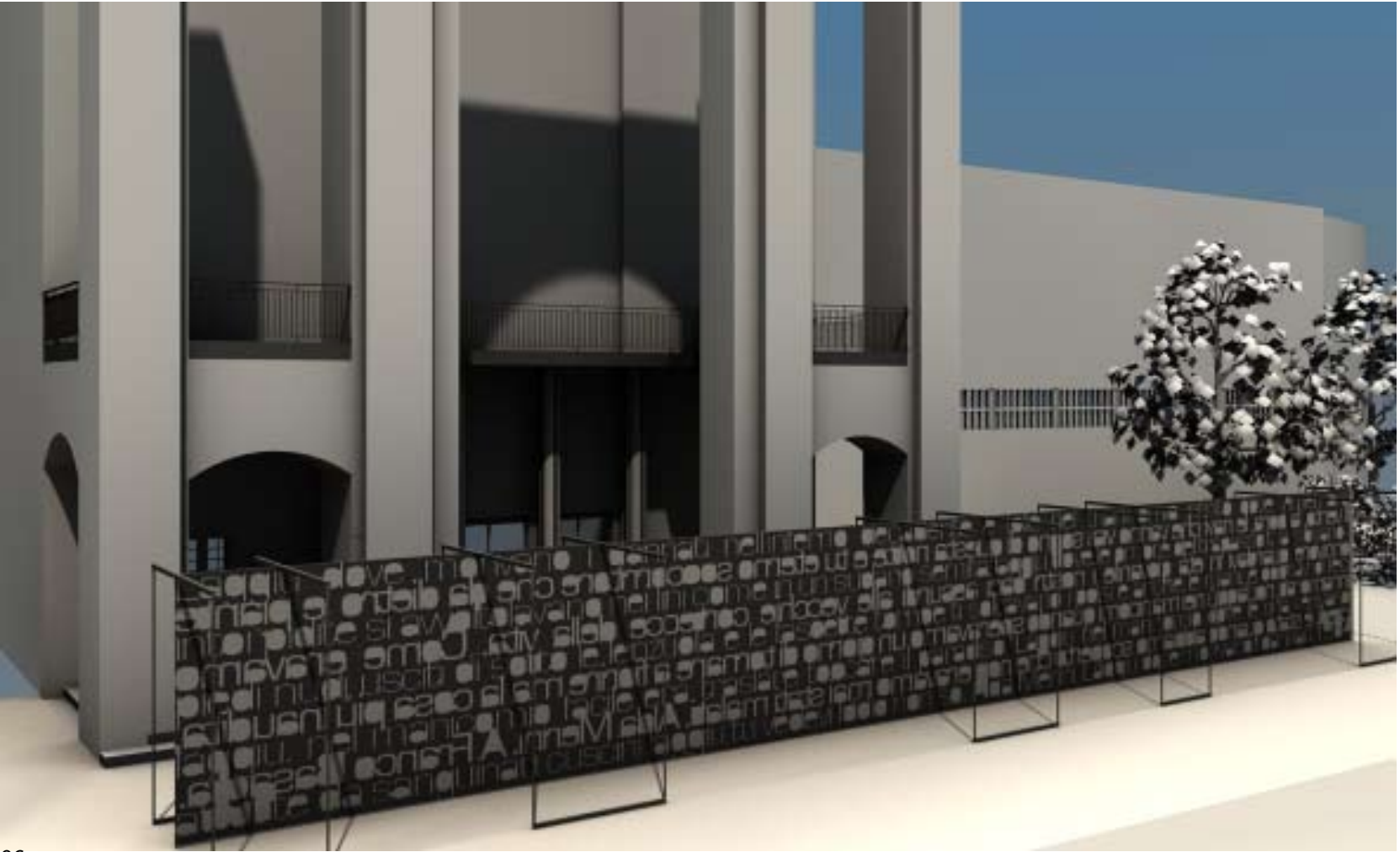
FIG.25
PARTICOLARE LASTRA INTAGLIATA AL LASER

FIG.25a
PARTICOLARE LASTRA STRUTTURA

FIG.26
IMMAGINE RENDER ESTERNO

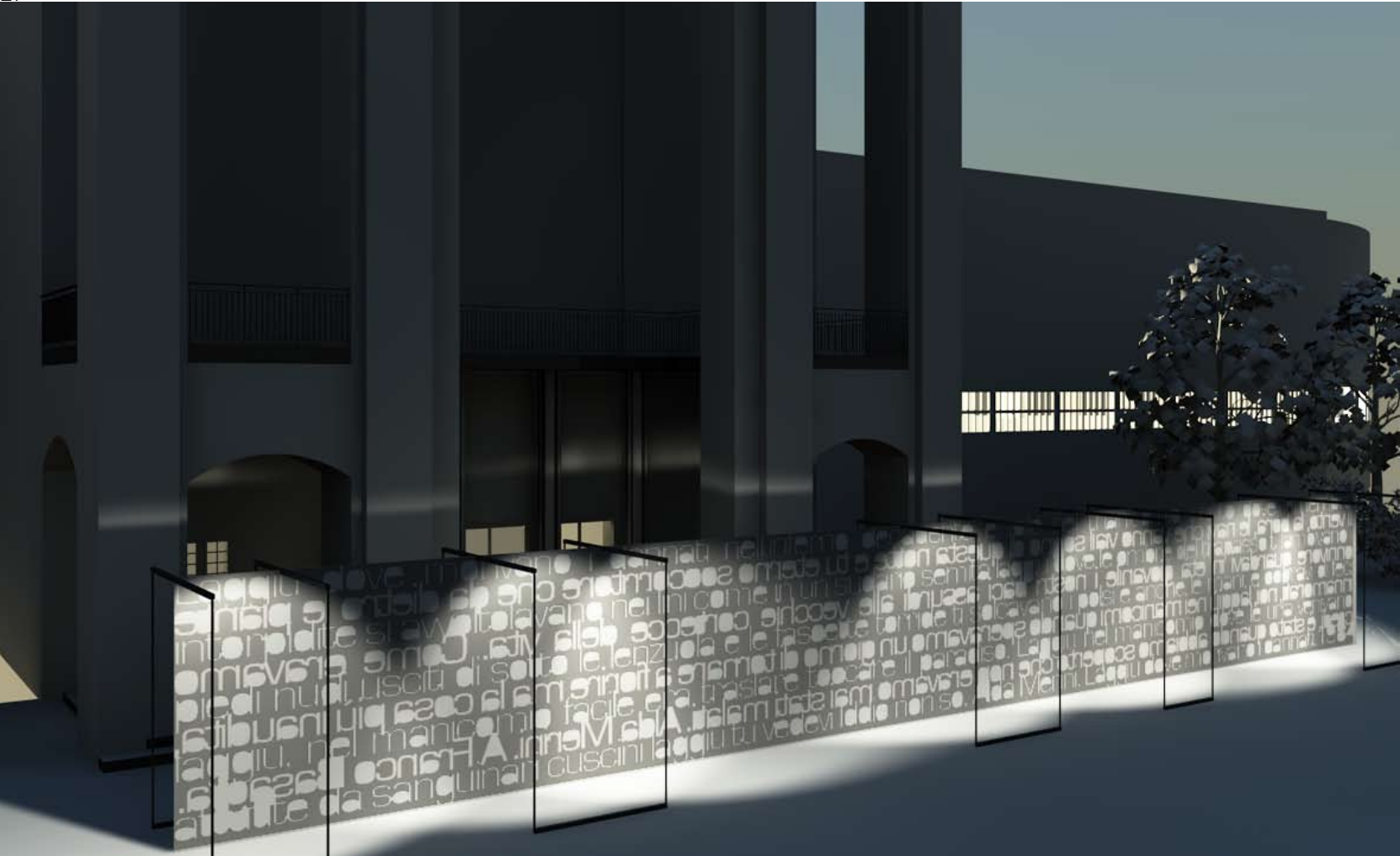
FIG.27
IMMAGINE RENDER ESTERNO NOTTURNA





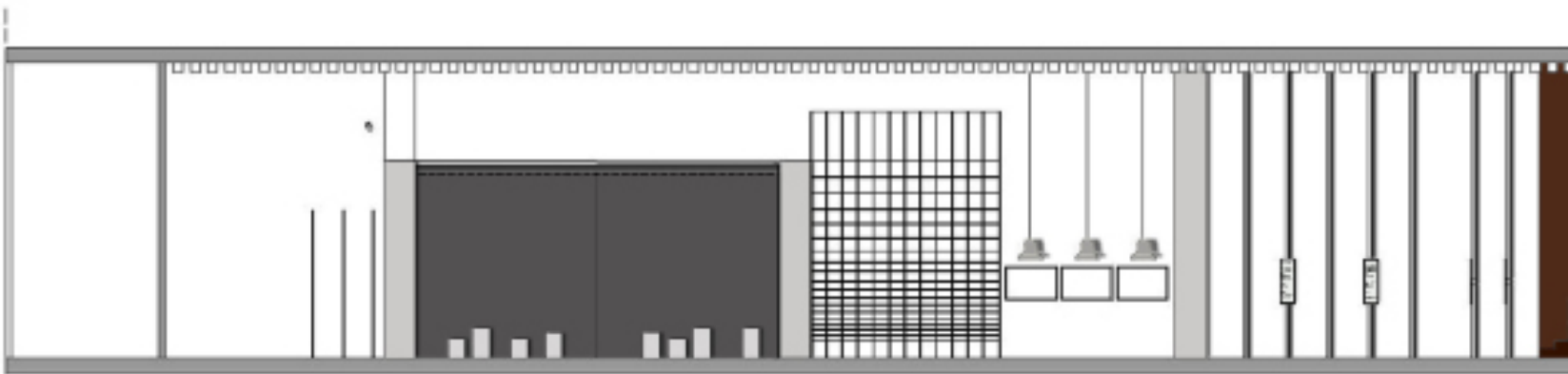
26

27



Il folle

Approfondimento di Chiara Ganzerla



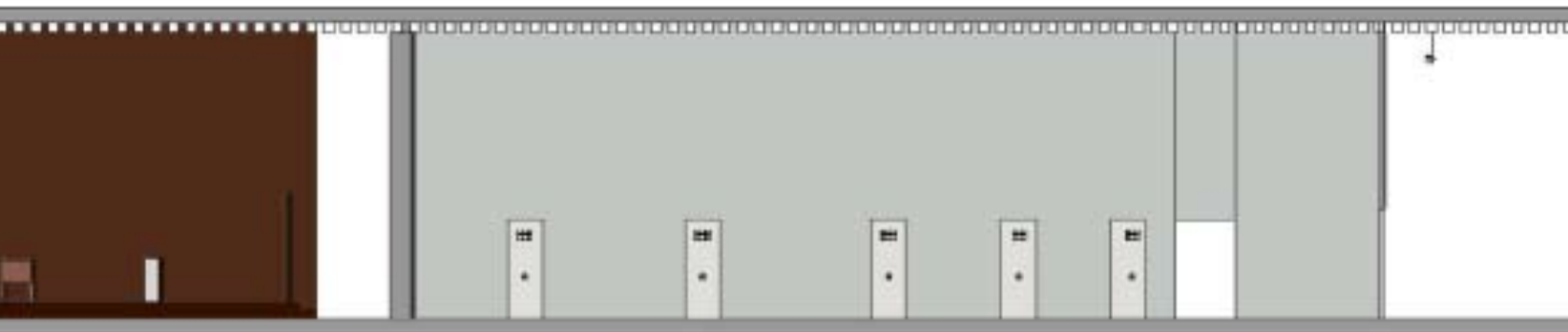


FIG.A
SEZIONE LONGITUDINALE

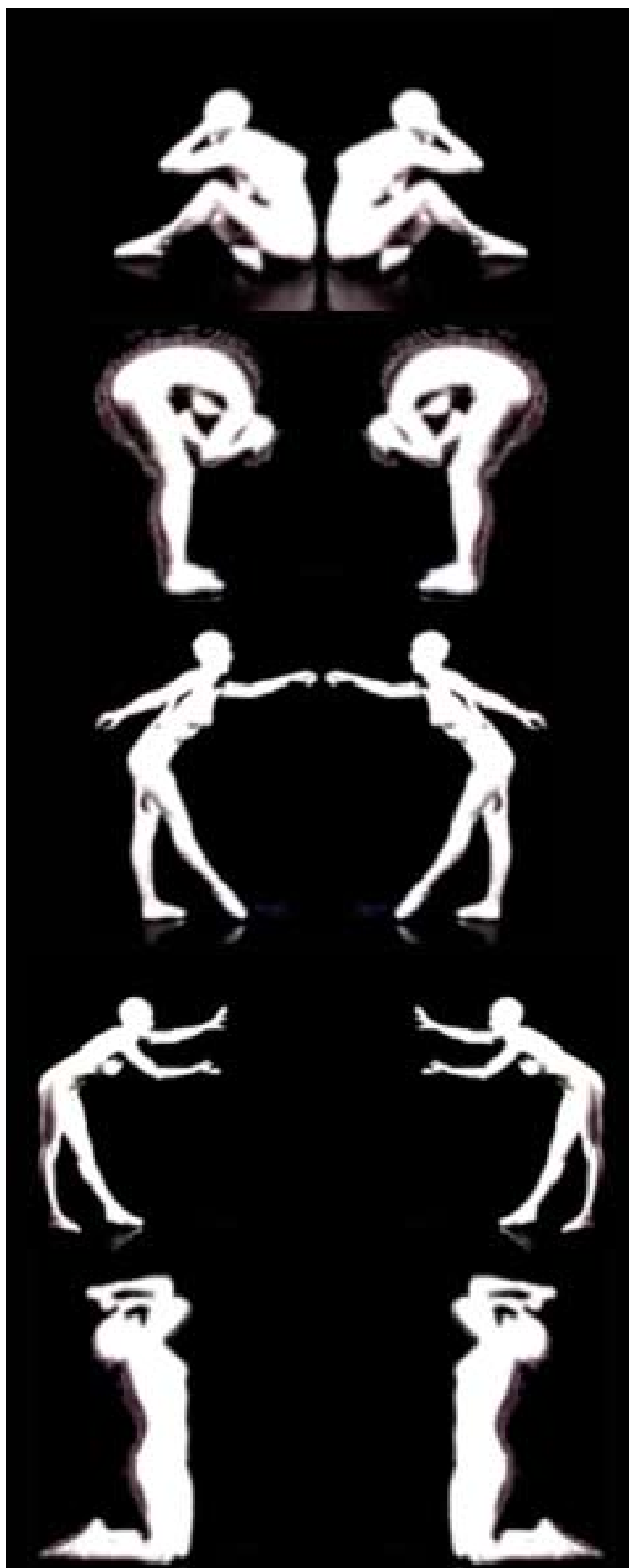
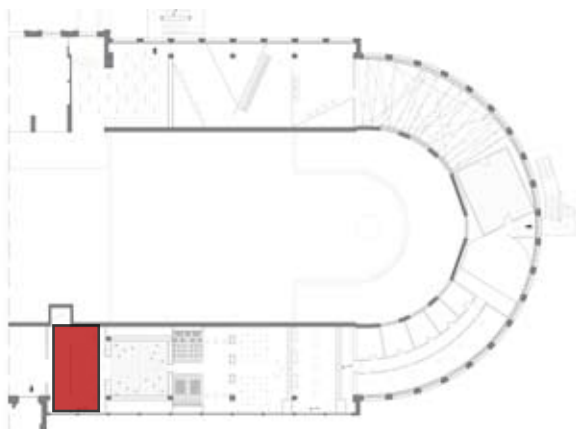
A

INGRESSO

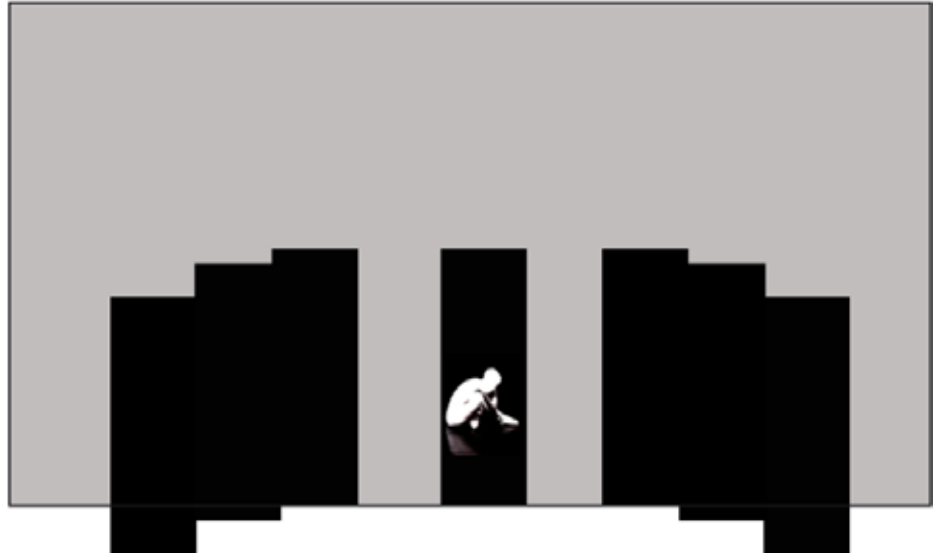
La mostra introduce già dalla prima sezione lo spettatore all'interno della realtà della follia grazie alla visione di un video. Una porta sui meandri più oscuri dell'essere, un delirio che è sospensione della ragione nel tormento del corpo e nel mistero della coscienza.

Nulla è definito, solo nella figura nitida, bianca di una ballerina, in contrapposizione ad uno sfondo nero e cupo, si incarna l'immagine comune e angosciante della pazzia. Lo spettatore è obbligato ad osservare, immerso in un buio totale destabilizzato da una forte musica che accompagna la rappresentazione. I movimenti, da prima lenti e fluidi, poi rapidi e incontrollati, della danzatrice avvolgono tutta la stanza spostandosi su sette pannelli alti circa 2m disposti a semicerchio dinnanzi al visitatore.

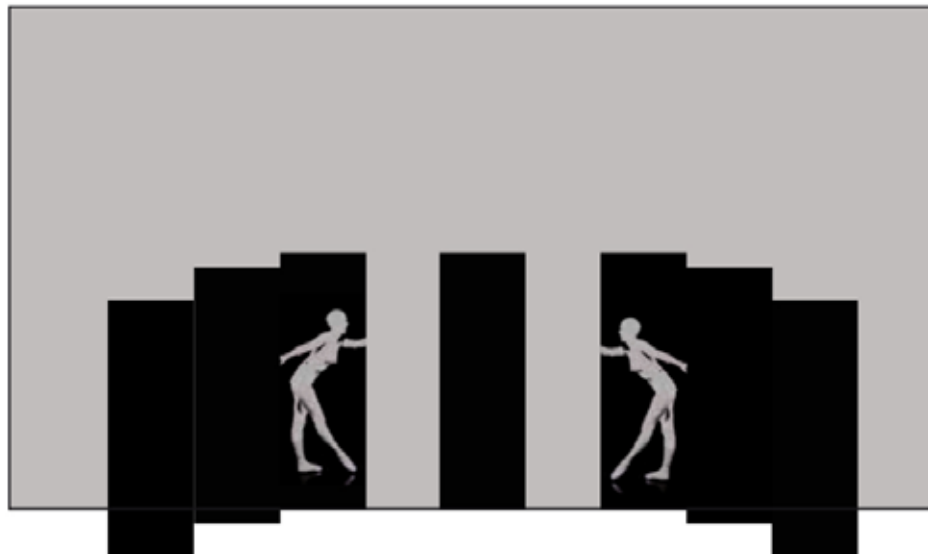
Questo, una volta terminato il video, dovrà inoltrarsi nella visita passando attraverso i pannelli e di conseguenza l'immagine inquietante della pazzia.



FRAME INIZIALE



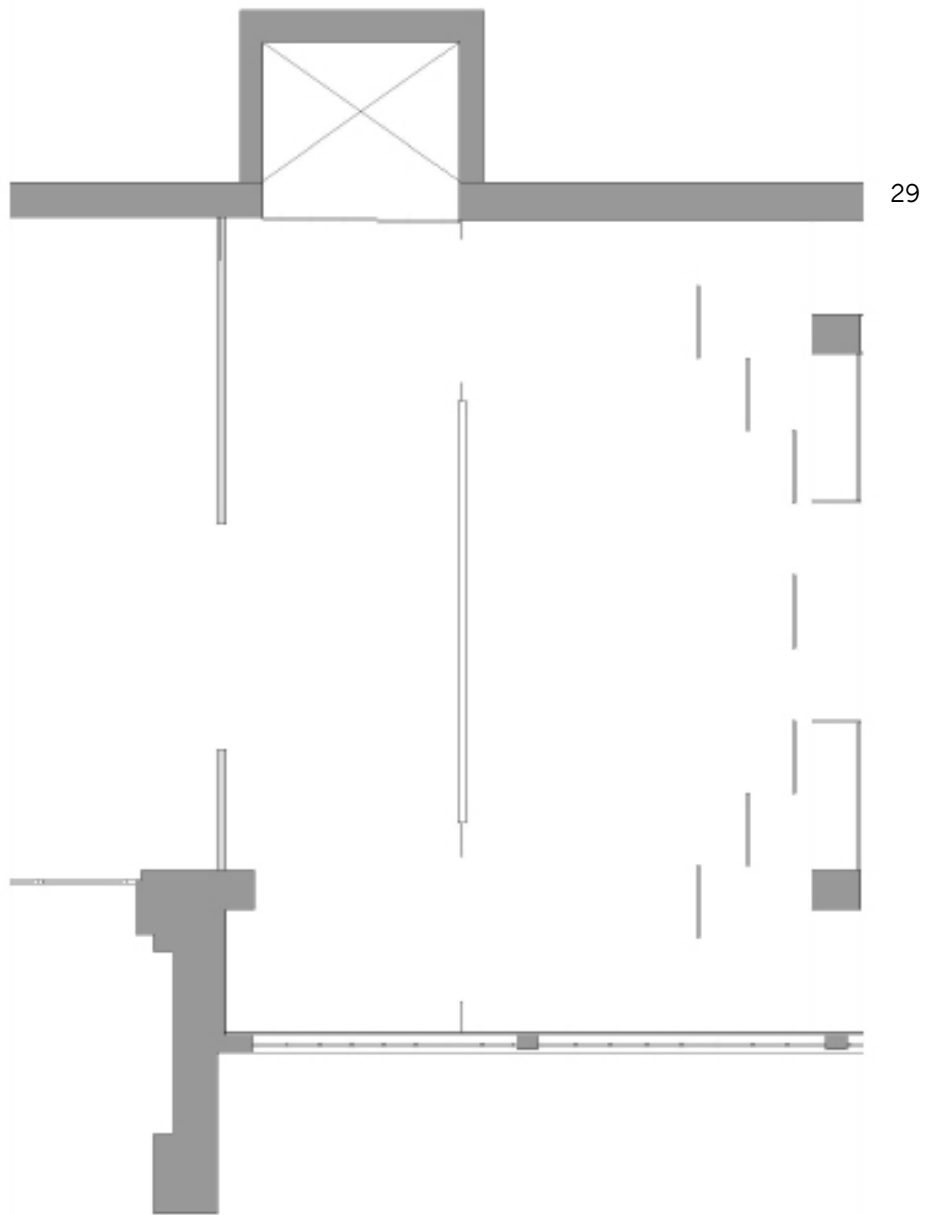
FRAME INTERMEDIO



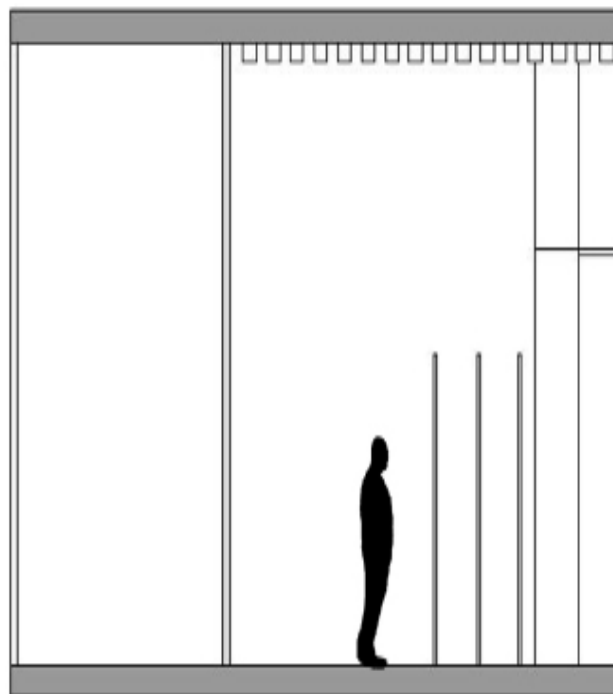
FRAME FINALE



FIG.28
FRAMES VIDEO INGRESSO MOSTRA



29

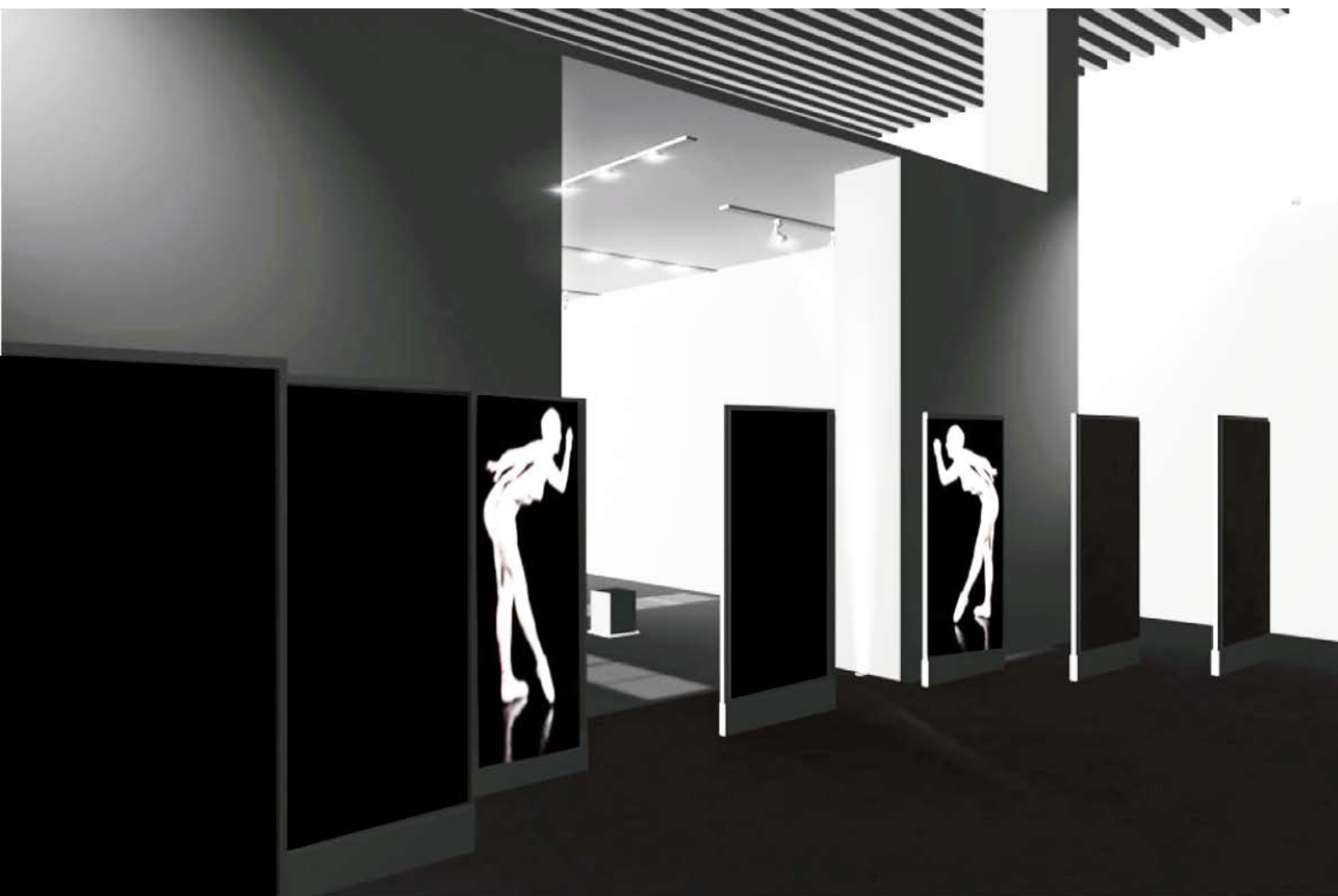


30

FIG.29
PIANTA SCALA 1:100

FIG.30
SEZIONE TRASVERSALE

FIG.31
IMMAGINE RENDER



SALA 1_ IPPOCRATE

Si accede quindi alla prima visione della follia. Il mondo rappresentato è quello della Grecia classica tempo in cui il medico greco Ippocrate di Coo concepisce un nuovo modo di studiare la follia attraverso la "Teoria umorale" secondo la quale il corpo sarebbe governato da quattro umori: sangue (proveniente dal cuore), flegma (originato dal cervello), bile gialla (prodotta nel fegato), bile nera (secreta nella milza). Ad ognuno di questi corrisponde un differente temperamento, Sanguigno, Flegmatico, Colerico, Melanconico. Tutto ciò è rappresentato all'interno di un volume cubico, inserito come elemento autonomo nell'ampio spazio della Triennale, con componente principale un sistema di assi cartesiani che suddivide in quattro parti il pavimento e di conseguenza tutto l'ambiente.

Questa griglia simboleggia la prima tipologia di catalogazione del folle all'interno della quale vengono inseriti dei punti fissi, rappresentati da cubi di diverse altezze, sui quali si possono leggere le caratteristiche di ogni temperamento.

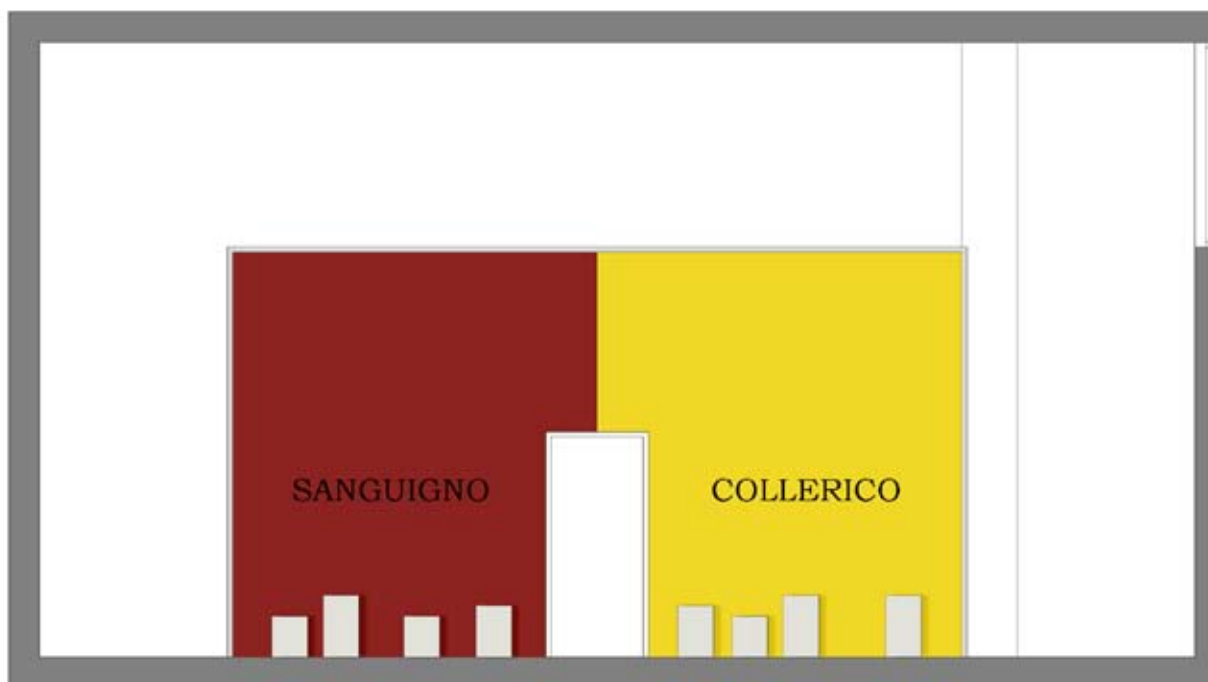
La catalogazione è accentuata inoltre dall'utilizzo di quattro diversi colori, rosso, giallo, nero, blu, che dipingono le quattro pareti del cubo.

L'ambiente in cui ci si ritrova è molto scuro, quasi totalmente buio. L'illuminazione assume qui un'importanza assoluta per il visitatore in quanto punta l'attenzione sui principali elementi di forza di questo spazio rappresentati a terra dalle due linee che formano gli assi cartesiani illuminate dall'alto da un sistema di faretti continui; dai cubetti che dominano lo spazio e accentuano la loro importanza grazie ad una luce perimetrale che dal basso si diffonde verso l'alto illuminandone i volumi e infine dalle

quattro pareti verticali colorate dello spazio cubico su cui puntano altri faretti atti ad evidenziare i nomi dei relativi temperamenti.

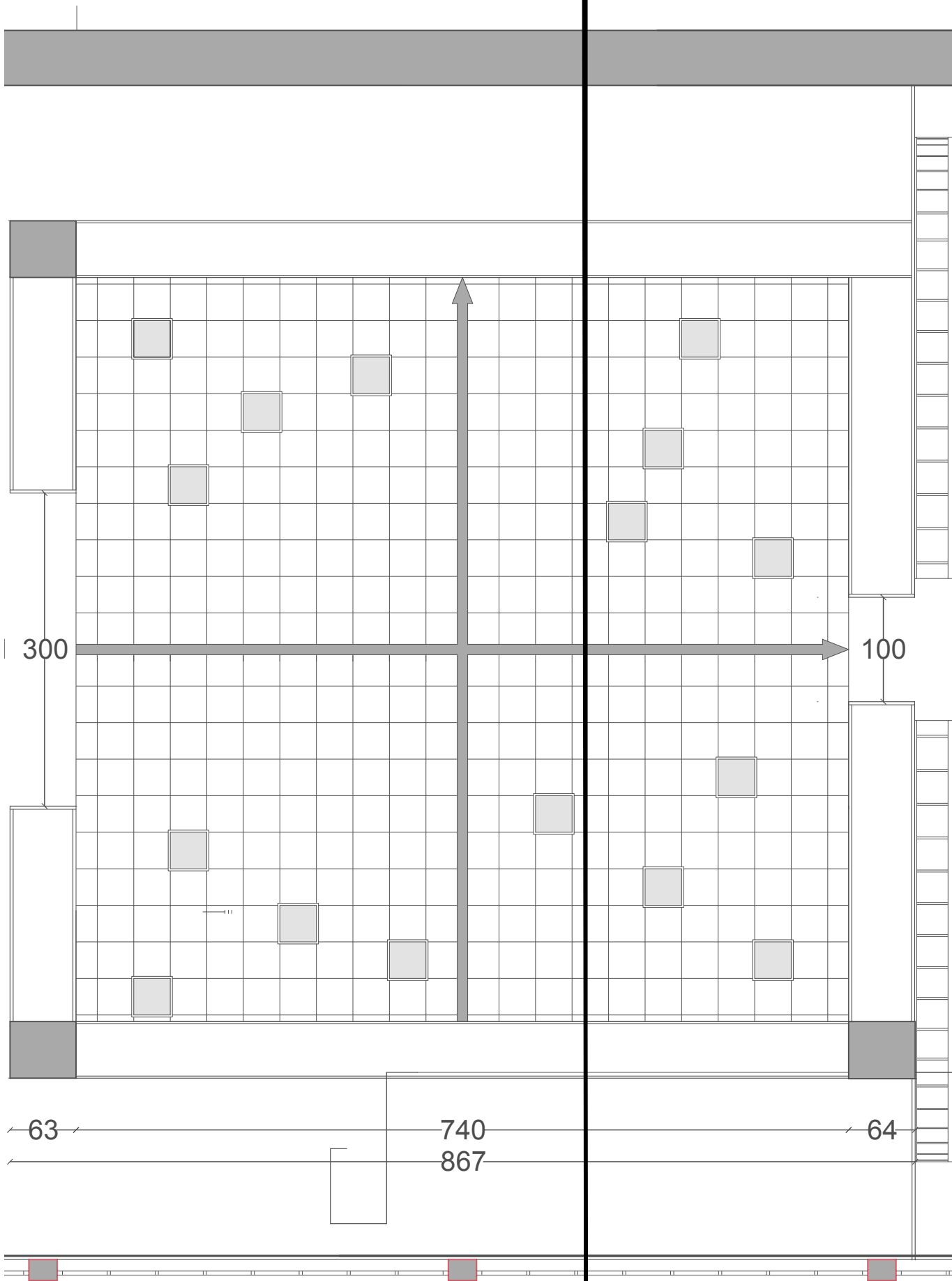
FIG.32
SEZIONE TRASVERSALE

FIG.33
PIANTA SCALA 1:100



32

A



300

100

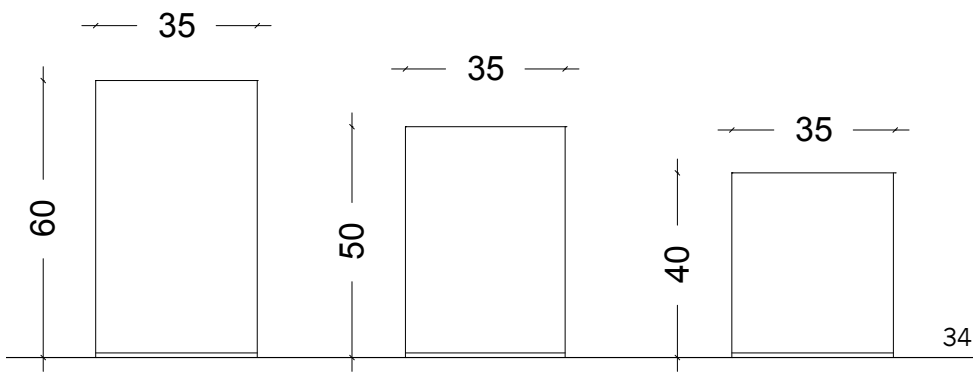
63

740

64

867

A



CARATTERISTICHE
COLLERICO

magro
asciutto
di bel colore
irascibile
permaloso
furbo
generoso
superbo

35

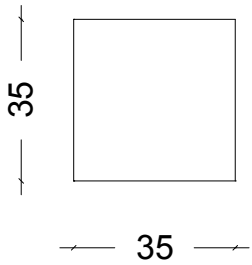


FIG.34
PARTICOLARE CUBI

FIG.35
PARTICOLARE GRAFICA CUBI

FIG.36
IMMAGINE RENDER



SALA 2_ LA NAVE

Usciti da questa sezione tutto torna ad essere continuo e libero, senza limiti di elementi verticali che definiscono un preciso volume, infatti a disegnare lo spazio ora è la carena di una nave. Carena alta e imponente che espone quadri e incisioni di grandi artisti del Cinquecento intenti a raffigurare allegoricamente la follia sotto forma di viaggio verso l'ignoto che il cosiddetto pazzo è obbligato ad affrontare.

Nel Medioevo il folle caricato su una nave veniva allontanato ed emarginato dal paese dei "normali", lo scopo era quello di respingere il male (incarnato dal folle) e aiutare questa povera anima a ritrovare il senso della ragione da lui ormai perduta.

Il visitatore riacquista il senso di orientamento e chiarezza uscendo dall'ambiente buio e scuro del

cubo di Ippocrate; ciò si rivela subito una mera illusione in quanto egli si ritrova incanalato e forzato a partecipare a questo "viaggio" ritrovandosi in quella triste e spietata sorte cui era destinato l'alienato.

La griglia che prima si era limitata a tracciare una grafica sul pavimento ora prende spazio e costruisce una struttura in acciaio sulle pareti della carena, struttura che servirà come supporto espositivo.

FIG.37-38
DUE DEI DIPINTI ESPOSTI NELLA
SALA 2 :
HIERONYMUS BOSCH
LA NAVE DEI FOLLI (1490-1500),
MARIO ORTOLANI
LA NAVE DEI PAZZI



37



38

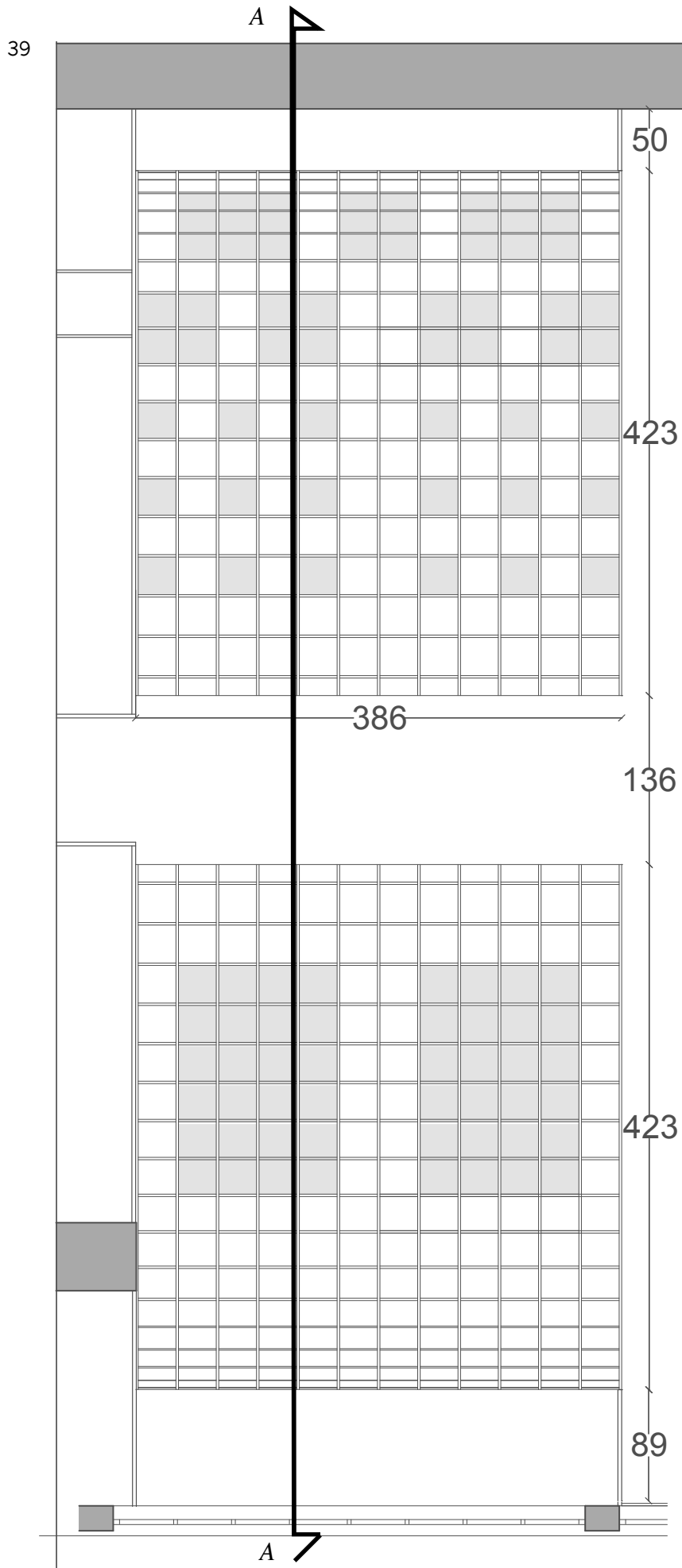


FIG.39
PIANTA SALA 2

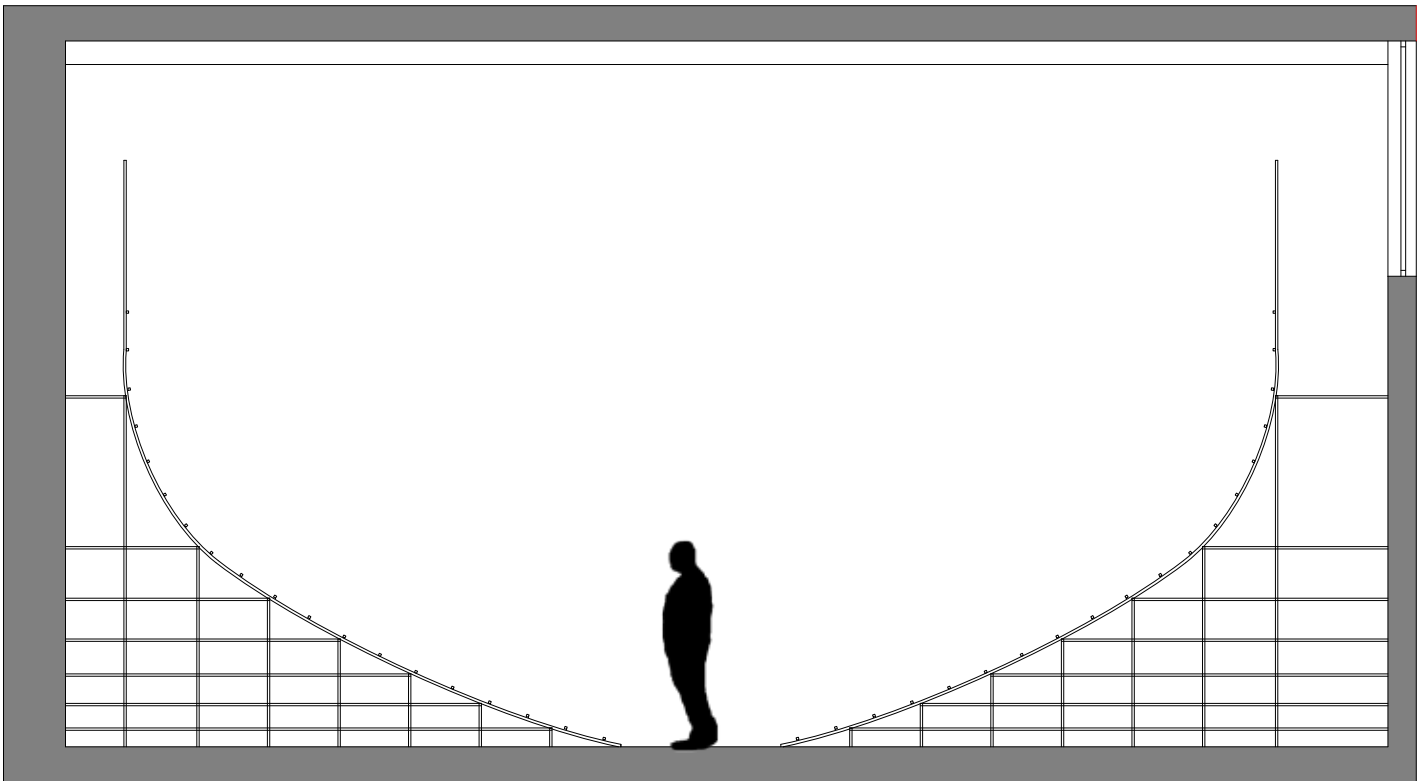


FIG.40
SEZIONE TRASVERSALE

40

FIG.41
IMMAGINE RENDER



41

SALA 3_ INTERNAMENTO

Ci si ritrova ora a viaggiare verso un nuovo periodo storico in cui l'orizzonte medievale della follia comincia a restringersi e l'autorità del pensiero prevale sull'interpretazione allegorica di quest'ultima. Fine Seicento, Parigi, Hopital de Paris, internamento, torture, parole chiave che descrivono questa sezione della mostra.

Il pazzo viene rinchiuso con la vana speranza di migliorare il suo stato, in realtà le strutture che nascono sono più simili a carceri in cui il malato viene trattato senza rispetto e sottoposto a terribili torture.

Il primo elemento che immediatamente colpisce l'attenzione è una grande scritta a terra tratta da una citazione di Michael Foucault :

"... egli è allora diventato, per il più gran conforto del nostro spirito il can-

didato ideale e indifferente a tutte le prigioni, a tutti gli asili, a tutte le punizioni...".

Questa frase rappresenta il simbolo classico dell'internamento sia concettualmente che visivamente, infatti ricalca graficamente l'immagine della grata di una cella. L'illuminazione è di nuovo minima, creata volutamente per enfatizzare quell'atmosfera pesante e opprimente vissuta dai reclusi.

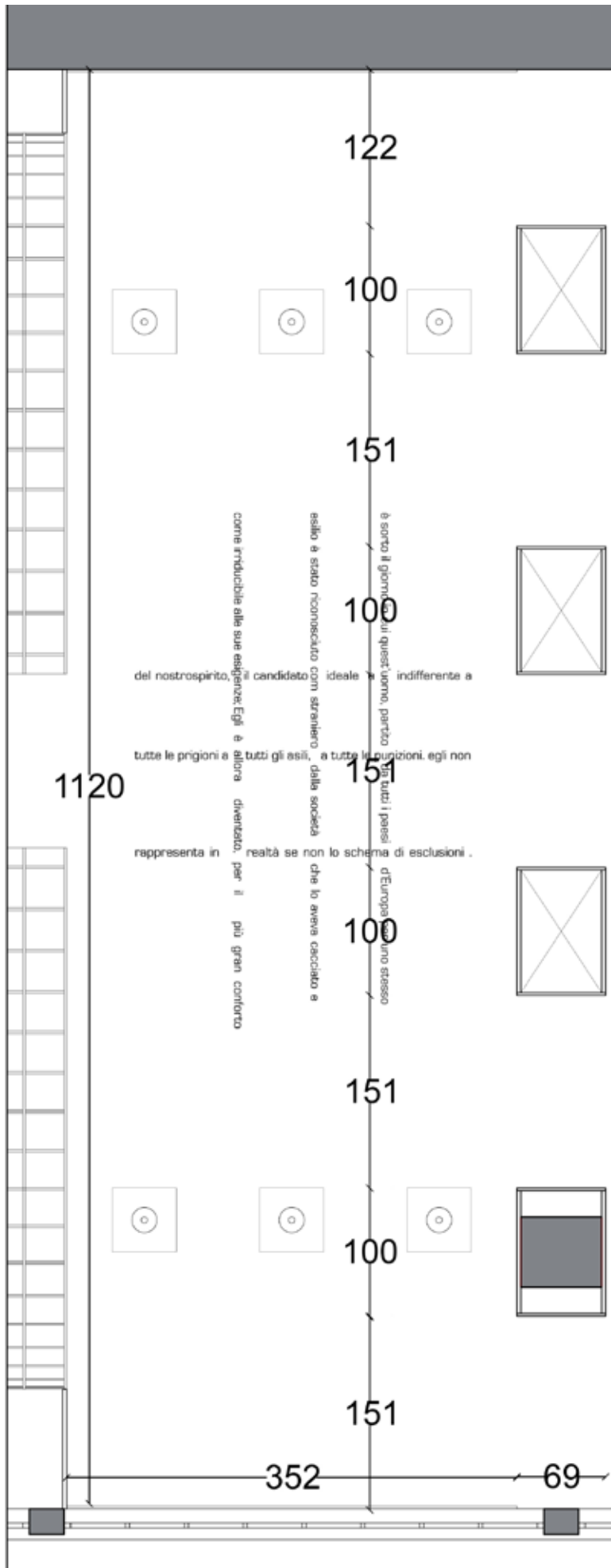
L'unico segno luminoso, oltre a quello sulle parole di Foucault, è dato dai punti luce posti al di sopra delle campane sonore ai lati della sala; il silenzio e il buio, protagonisti di questa scena, sono interrotti rispettivamente da urla, grida e rumori provenienti dalle campane sonore e dalle immagini degli internati che scorrono sugli schermi di fronte ad esse.

FIG.42
IMMAGINE RENDER

FIG 43
PIANTA SALA 3

FIG 44-45
ALCUNE IMMAGINI PROIETTATE SUI
VIDEO ALL'INTERNO DELLA SALA





è stato il giorno di questi uomini, partito
 indifferente a
 il candidato ideale
 a tutte le posizioni, egli non
 come irriducibile alle sue esigenze. Egli è allora
 tutti gli asili, a tutti i paesi
 della società
 d'Europa, nessuno stesso
 che lo aveva cacciato e
 realità se non lo schema di esclusioni.
 rappresenta in realtà se non lo schema di esclusioni.
 più gran conforto



SALA 4_ TERMINOLOGIA PSICHIATRICA

Dopo aver attraversato due imponenti colonne, il percorso si addentra in una fitta griglia di alti elementi verticali che simboleggiano la moltitudine di idee, nozioni, leggi e termini che hanno caratterizzato l'Ottocento. In questi anni infatti viene introdotta una ricca e in parte ancora attuale terminologia psichiatrica:

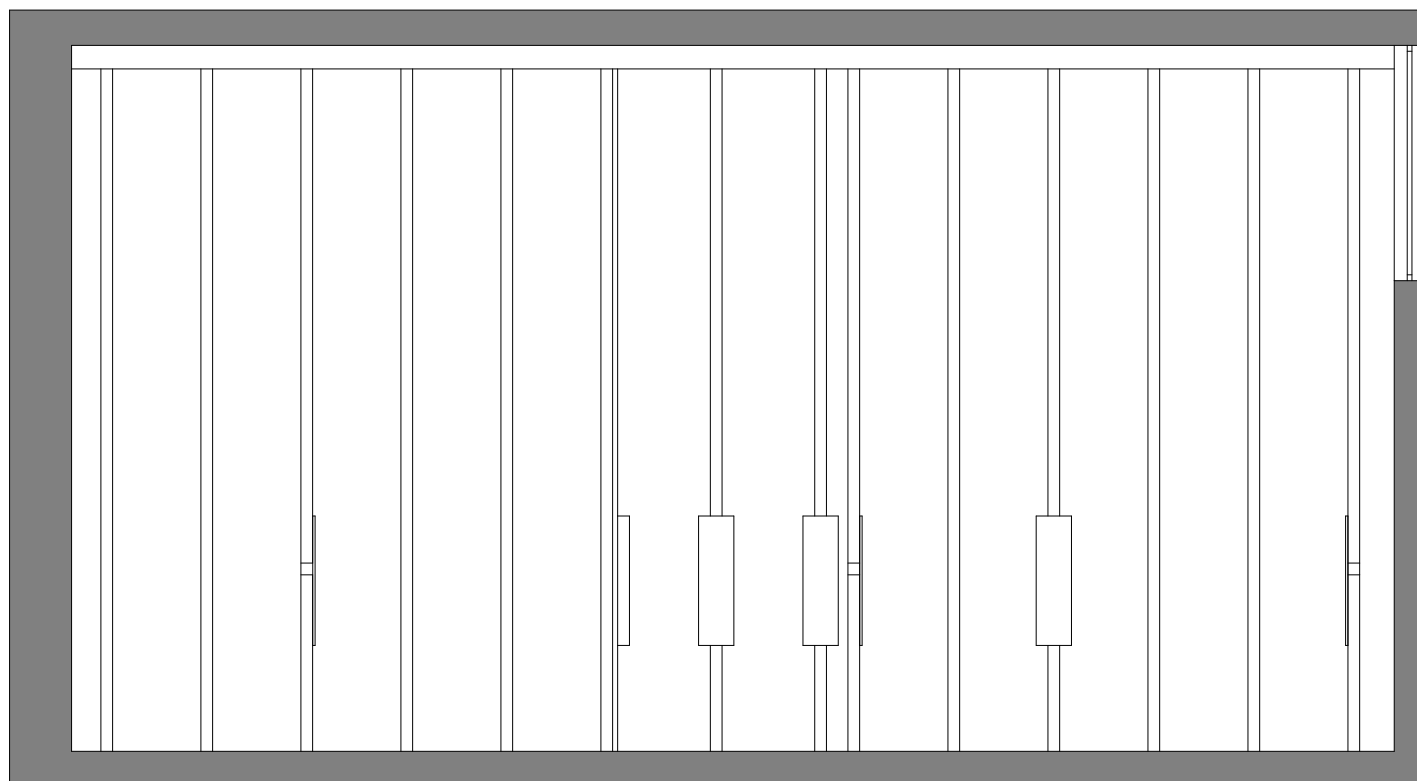
Benedict Augustine Morel, nel 1860 inventa la demenza precoce; Karl Ludwig Kahlbaum conia nel 1863 il termine di parafrenia, nel 1874 quello di catatonia e nel 1882 la parola ciclotimia; Ewald Hecker nel 1871 parla per la prima volta di ebefrenia; fino ad arrivare al famoso approccio psicoterapeutico di Sigmund Freud e Joseph Breuer nel 1895 con il loro libro "Studi

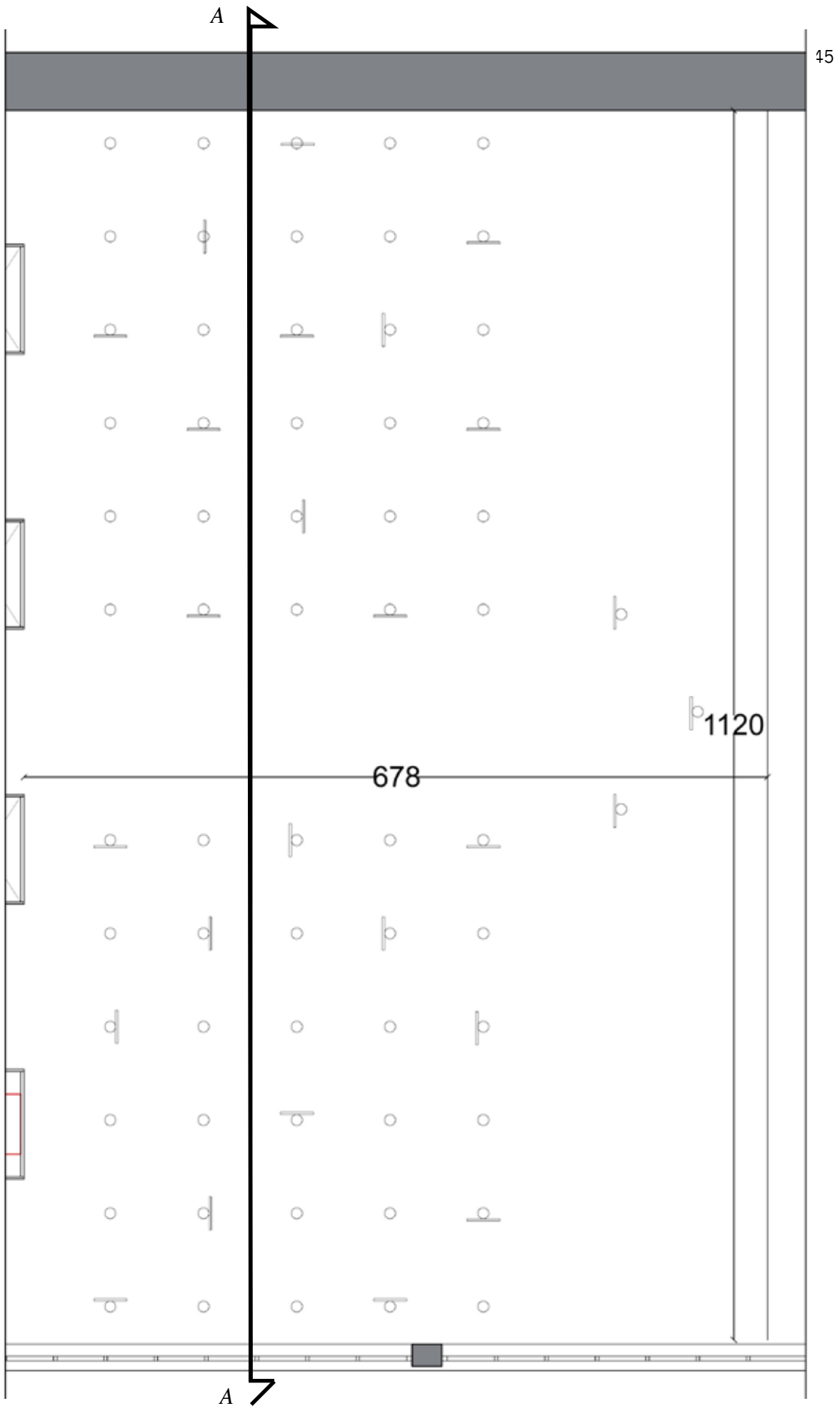
sull'isteria".

Il visitatore è invitato ad inoltrarsi in questa densa rete curioso di leggere e quindi conoscere l'evoluzione del linguaggio psichiatrico. Le luci, posizionate ai quattro angoli della sala, vanno a rafforzare la visione di questa miriade di elementi, grazie al gioco di ombre che si disegnano sul pavimento.

FIG 44
SEZIONE TRASVERSALE

FIG.45
PIANTA SALA 4





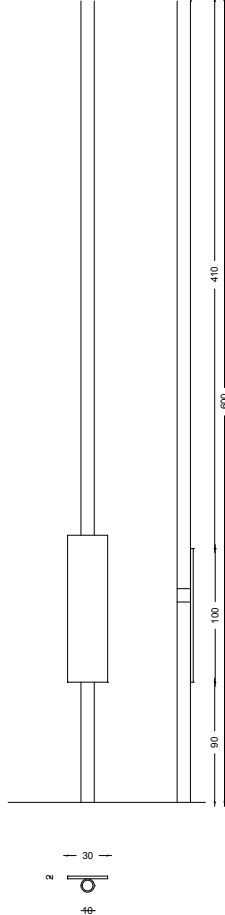
45

678

1120

Morel, Bénédict-Auguste. - *Psichiatra francese (Vienna 1809 - Rouen 1873), direttore del frenocomio di Maréville poi dell'asilo di Saint-Yon a Rouen. È noto per aver formulato la teoria della "degenerazione mentale", raggruppando sotto questa denominazione molte forme di disturbi mentali cronici, la cui origine veniva ricondotta all'influenza di fattori costituzionali. Gli si deve inoltre l'introduzione del termine di "demenza precoce" nel preciso senso (diverso da quello in cui sarà poi inteso) di rapido deterioramento mentale a breve distanza dall'insorgenza della malattia. Descrisse anche un tipo di disturbo nervoso con il nome di "delirio emotivo" (successivamente questi stessi disturbi saranno classificati come fobie), riferendolo a disturbi del sistema vegetativo.*

48



49 FIG 48
ESEMPIO DI TESTO

FIG.49
PARTICOLARE ELEMENTO VERTICALE

FIG.50
IMMAGINE RENDER SALA 4



SALA 5_ FISIOGNOMICA

Nella seconda metà dell'Ottocento spicca tra le diverse novità l'importante figura di Cesare Lombroso con la sua "teoria dell'uomo delinquente" (1866) secondo la quale tale individuo reca nella struttura fisica i caratteri degenerativi che lo differenziano dall'uomo normale e socialmente inserito.

Partendo quindi dalla fisiognomica, Lombroso deduce i caratteri psicologici e morali di una persona che inserisce in un atlante nel 1897. Si può trovare quindi la descrizione di un omicida:

"sguardo vitreo, freddo, immobile, qualche volta sanguigno e iniettato; il naso spesso aquilino, adunco o meglio grifagno; robuste le mandibole; lunghi gli orecchi, larghi gli zigomi, abbondanti capelli e oscuri (...). Frequenti i denti canini quasi a sogghigno o minaccia (...)"; così come

quella di uno stupratore : *"quasi sempre l'occhio è scintillante, voce rauca e fessa, fisionomia delicata, salvo nello sviluppo della mandibola."* _CIT. DA L'UOMO DELINQUENTE VOL 1 PAG 274_

L'allestimento in questa parte tenta di ricreare l'atmosfera presente nel vecchio studio di Cesare Lombroso con pavimento e pareti in legno che racchiudono teche con diverse foto sotto vetro, tavole segnaletiche, teste tagliate e conservate in ampolle di vetro, crani e strumenti per lo studio anatomico. In questo "studio" si è inoltre posti davanti ad una serie di pannelli video su cui compaiono alcune foto di folli classificati da Lombroso e tra queste foto vengono inserite anche quelle dei visitatori della mostra come se fossero essi stessi dei folli/delinquenti. All'ingresso infatti una fotocamera catturerà i volti dei singoli visitatori che verranno poi proiettati nei pannelli video accompagnati da una descrizione e conseguente

definizione "lombrosiana". Ecco quindi che lo spettatore da semplice osservatore esterno del mondo dei folli inizia progressivamente a farne parte.

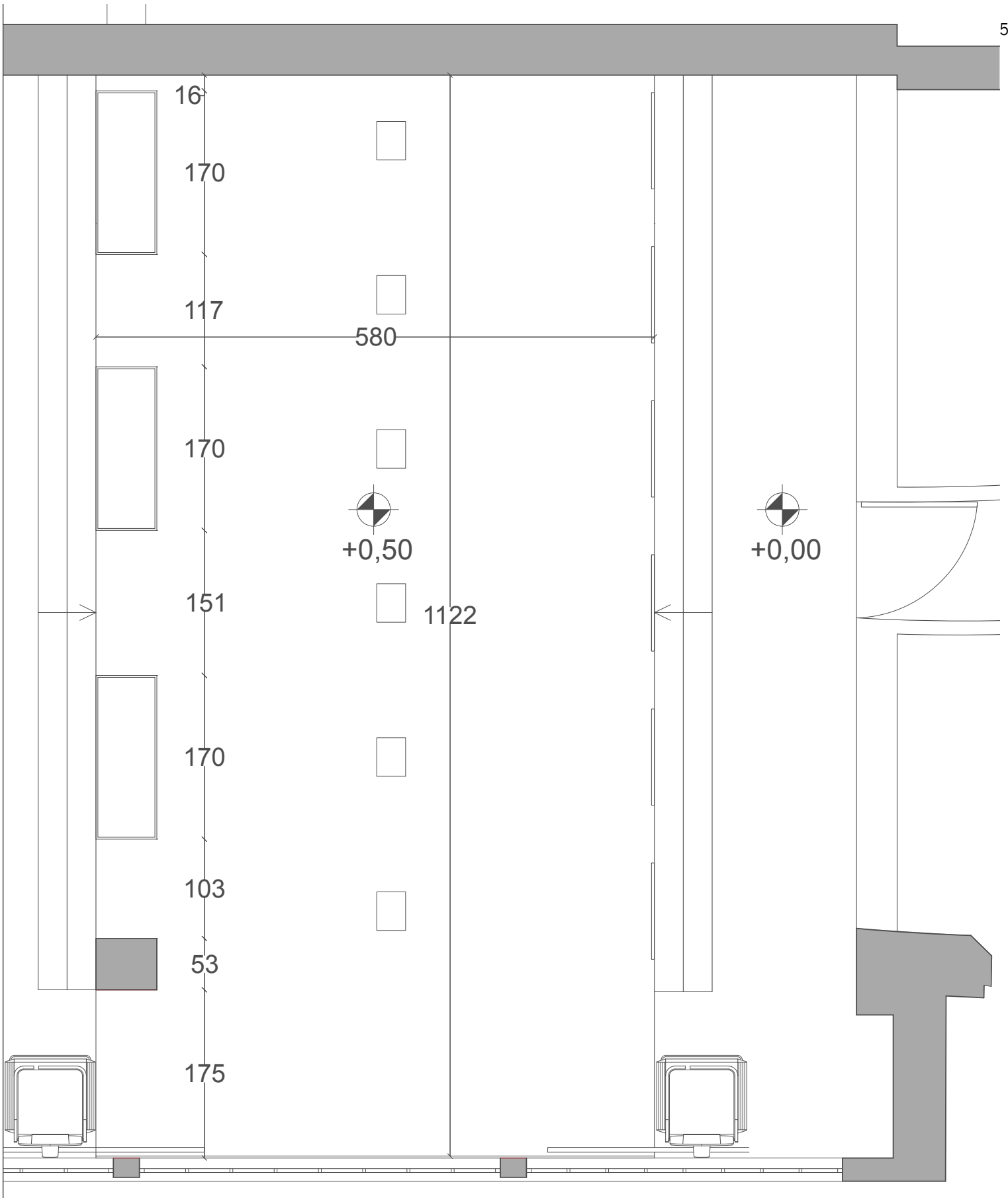
FIG.51 ELEMENTI ESPOSTI NELLE TECHE DELLA SALA



51



BOVIO DIVOLGHI DI CRIMINALE POLITICO. — MATTEOLI DI FIORE MARINO





54

MELANCONIA AGITATA

FRONTE SFUGGENTE

SUBMICROCEFALIA

ARCHI SOPRACILIARI ENORMI

MASCELLE ARROTONDATE

ZIGOMI E ORECCHIE VOLUMINOSE

FIG.52
PIANTA SALA 5

FIG.53
PARTICOLRE PANNELLO E SCHEDA
CARATTERISTICHE FISIOGNOMICHE

FIG.54
IMMAGINE RENDER SALA 5



SALA 6_ I MANICOMI

“La follia non poteva guarire, si poteva solo imbrigliare”, quest’idea è presente nella legge del 1904, la prima a regolare i manicomi in Italia. Si accede alla zona dedicata agli ospedali psichiatrici attraversando un’imponente porta che nasconde la ricostruzione di un angusto e stretto corridoio manicomiale di cui è impossibile vederne la fine se non percorrendolo, poiché ci troviamo all’inizio della curva della Triennale. La sensazione è proprio quella di essere all’interno di un ospedale, con sbarre alle finestre che creano ombre angoscianti dovute all’unica fonte luminosa esterna, quindi luci quasi inesistenti e porte delle celle munite di spioncini per osservare costantemente i malati. Le fotografie esposte all’interno di queste mostrano la vita

dei rinchiusi raccontata da alcuni importanti fotografi come Uliano Lucas e Carla Cerati.

Percorrendo il corridoio prima di entrare nelle celle si viene attirati da sottili fessure nella parete. Guardando attraverso tali spiragli si vedono alcuni disegni di

FIG.55
IMMAGINE RENDER SALA 6
(CORRIDOIO)

FIG.56
PIANTA SALA 6



56

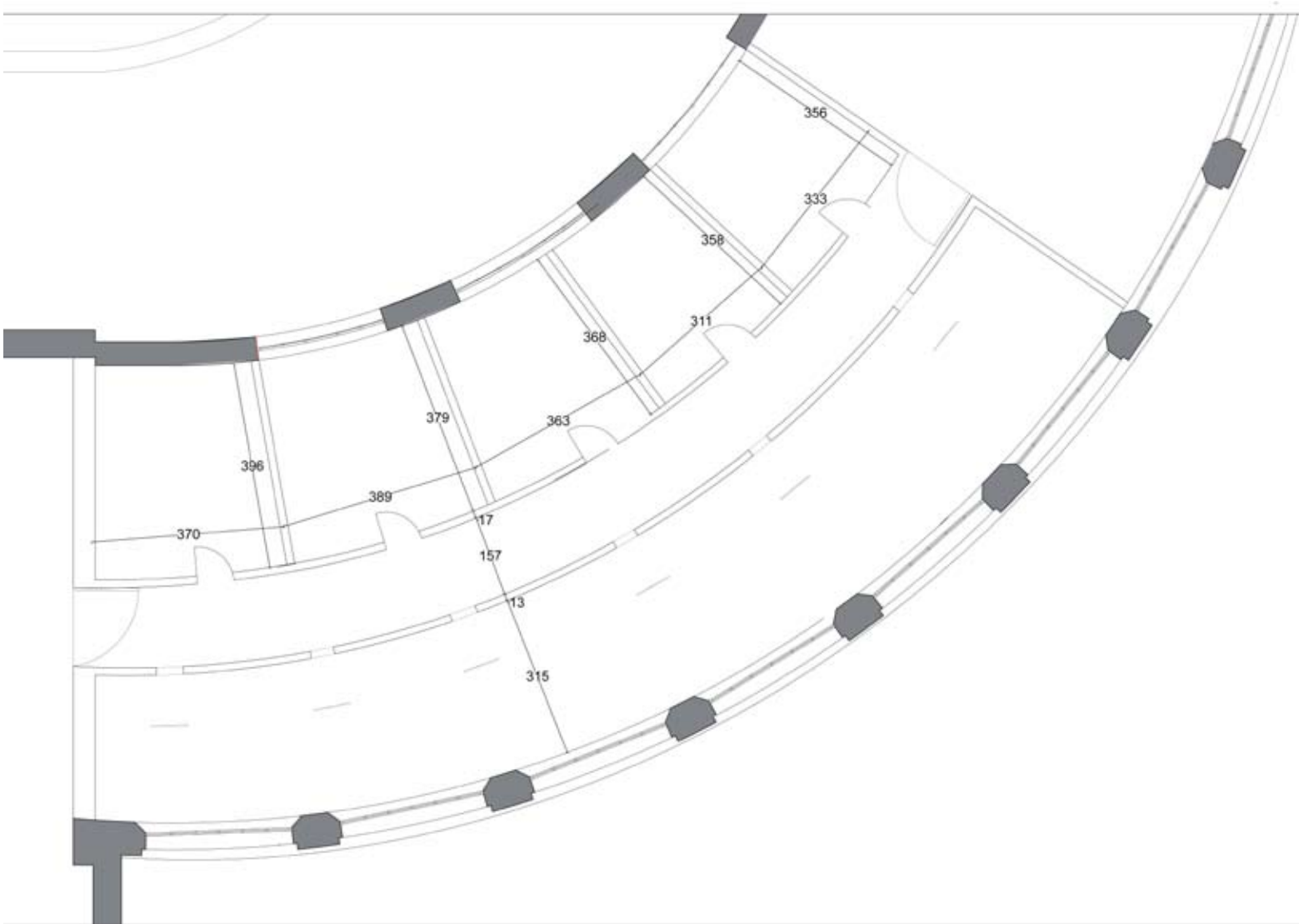


FIG.57
IMMAGINE RENDER SALA 6
(INTERNO CELLE)

57



FOTOGRAFIE PRESENTI
NELLA MOSTRA



FIG. I

1978
Uliano Lucas

Ospedale psichiatrico di Cernusco
sul Naviglio (Milano),



FIG. II

1978
Uliano Lucas

Padiglione femminile dell'ospedale
psichiatrico di Cernusco sul
Naviglio (Milano),

III



FIG.III

1978
Uliano Lucas

Padiglione maschile dell'ospedale
psichiatrico di Cernusco sul Naviglio (Milano),

IV



FIG.IV

1978
Uliano Lucas

Ospedale psichiatrico
di Cernusco sul Naviglio
(Milano),

V

FIG.V

1975
Uliano Lucas

Ospedale psichiatrico
di Gaiato (Modena),



VI

FIG.VI

1975
Uliano Lucas

Ospedale psichiatrico di Gaiato
(Modena),

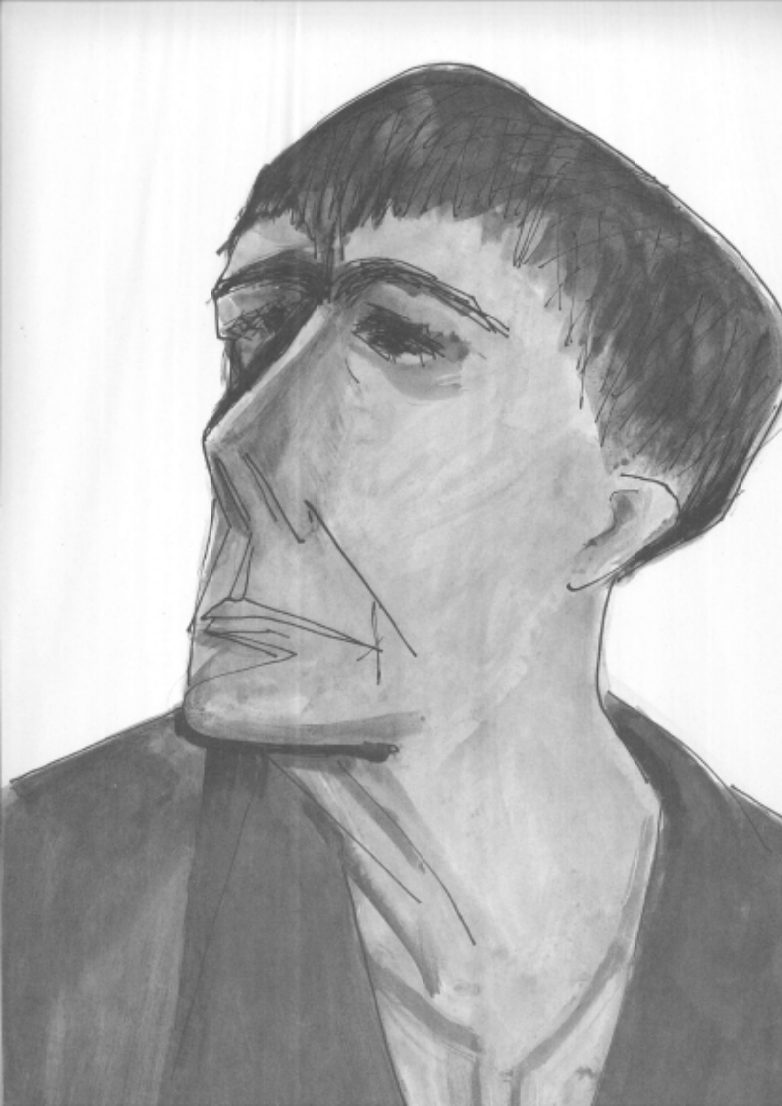




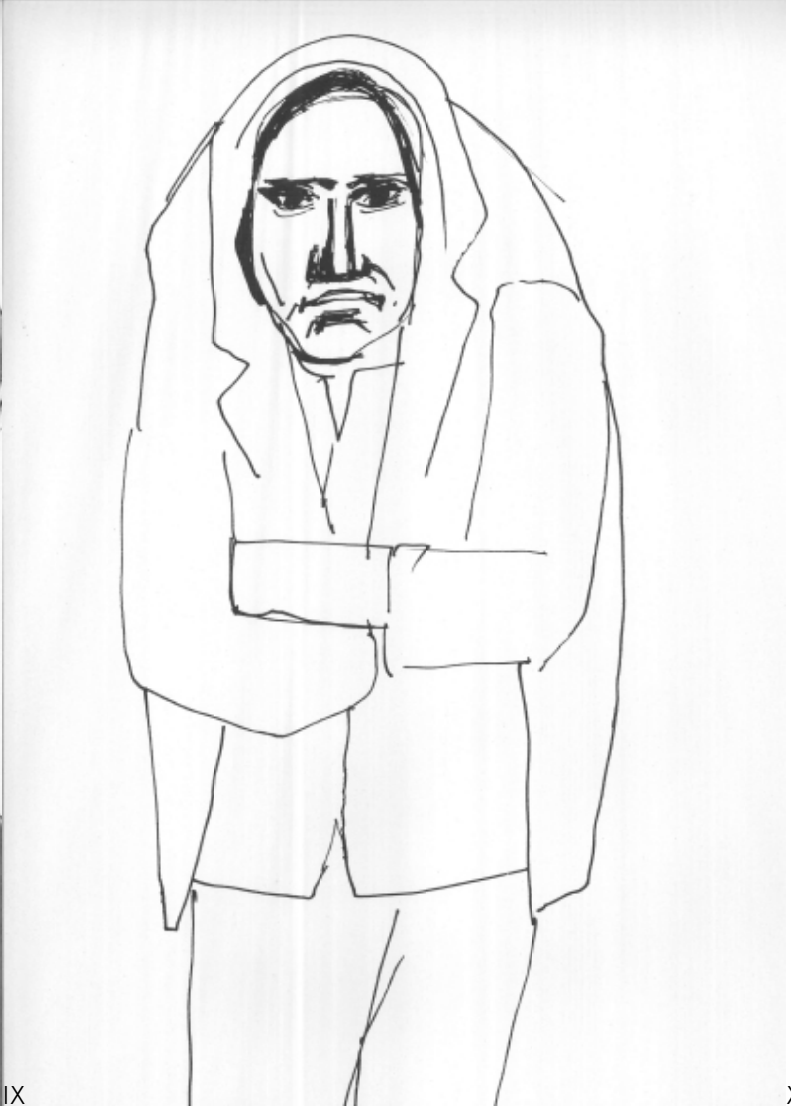
VII



VIII



IX



X

FIG. VII-VIII-IX-X-XI-XII
disegni



XI



XII

l o f o l l e

Approfondimento di Silvia Arletti

SALA 7_ FRANCO BASAGLIA IL CAMBIAMENTO

Dopo essere stati trasportati, maltrattati, catalogati e rinchiusi il percorso arriva a metà della curva, momento di cambiamento, una sorta di spartiacque tra un prima fatto di inciviltà e di trattamenti disumani e un dopo “civile”, umano. Cambiamento dovuto alla Legge 180 del 1978 con cui Franco Basaglia promuove l’abolizione dei manicomi: non parla più di pericolosità del malato mentale ma introduce una nuova visione del folle che trattato come uomo non presenta più una “malattia” ma una “crisi” esistenziale.

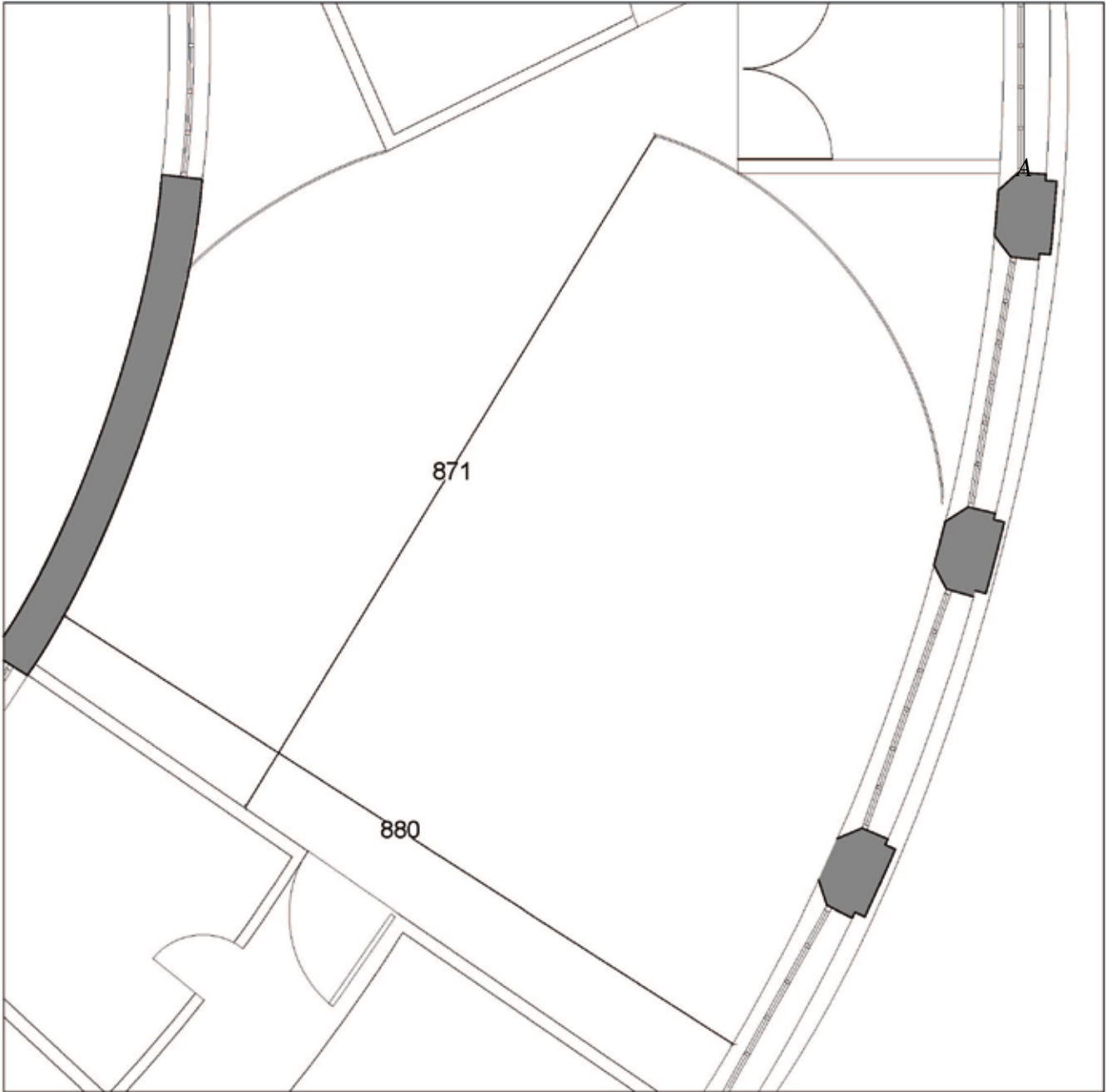
Il distacco da ciò che prima era cupo, soffocante, triste e incerto si ha oltrepasando una soglia costituita da una luce abbagliante che delimita il forte cambiamento

descritto in questa sala. Superato questo limite accecante, grandi schermi video ci mostrano le interviste dello stesso Basaglia mentre racconta le sue idee e le sue opinioni riguardo quel periodo. La loro forma avvolgente porta a soffermarci in ascolto di quelle parole che hanno stravolto la visione della malattia mentale e sulle quali si baserà il seguito della mostra.

FIG.58
IMMAGINE RENDER SALA 7

FIG.59
PIANTA SALA 7





SCHEDE VIDEO

Numero scheda : 1

Titolo originale (video) : Matti da slegare

Durata : 30'

Anno di produzione : 1967

Cromatismo : b/n

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : Parti del film del famoso regista sul disagio mentale e sugli approcci terapeutici ad esso riservati dalla psichiatria dell'epoca. Indagine sulla diversità nel tessuto sociale degli anni compresi tra il 1960 ed il 1967, e sul reinserimento al lavoro dei ragazzi affetti da handicap. In Italia, malgrado gli scandali e le denunce, gli istituti privati per ragazzi cosiddetti "subnormali" continuano ad esistere. Dietro le loro mura non avvengono solo crudeltà e soprusi, i ragazzi lavorano e producono per padroni ombra che realizzano profitti smisurati, senza assistenza, senza sindacati, senza diritto di sciopero.

Note : Dal 1968, la nuova politica psichiatrica voluta dalla Regione consente la dimissione progressiva dall'Ospedale psichiatrico di Colorno di circa il 50 per cento

Note : dei ricoverati. I dimessi potranno usufruire dei servizi messi a disposizione dalla Provincia (1 residenza pensionato, 3 fattorie agricole, 5 CIM, 2 centri sociali e 100 appartamenti), ma ciò che più conta è che la lotta contro il manicomio penetra nella città e viene combattuta proprio là dove nasce e si sviluppa, nelle classi povere, nelle fasce periferiche ed in particolare nelle zone depresse delle montagne parmensi (dove viene girato il film).

Numero Scheda: 2

Durata : 28'

Anno di produzione : 1969

Cromatismo : b/n

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : 1962: L'equipe del prof. Franco Basaglia avvia nell'Ospedale psichiatrico di Gorizia un primo tentativo di rinnovamento nell'assistenza dei malati mentali, finalizzato all'eliminazione del manicomio come risposta alla sofferenza praticata. Viene aperto il primo reparto dell'ospedale e viene inaugurata in Italia la "Comunità Terapeutica", sopprimendo così la natura carceraria dell'istituzione. La vita in quel reparto è scandita da assemblee di infermieri e psichiatri.

Note : Con questo documentario, la realtà manicomiale entra per la prima volta nelle case degli italiani, attraverso una trasmissione molto seguita, "Fuori Orario", speciale "Cose mai viste, vent'anni prima" TV7.

Numero scheda : 3

Titolo originale (video) : dal film-inchiesta di Franco Giraldi "La Città di Zeno"

Durata : 15'

Anno di produzione : 1977

Cromatismo : Colore

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : Tratto dal film inchiesta di Franco Giraldi: "La città di Zeno", girato nel 1977, prodotto con la collaborazione di Tullio Kezich. La pellicola, arricchita con scene tratte dalla riduzione teatrale della "Coscienza di Zeno" del 1964 (con A. Lionello), presenta testimonianze di scrittori, intellettuali e politici triestini, ma anche di amici e parenti di Italo Svevo.

Note : In queste sequenze il rapporto che legava Basaglia alla città, una fotografia che ben evidenzia la contraddizione di una Trieste schiava del passato, ma, proprio in quegli anni, all'avanguardia nel campo della ricerca sulla salute mentale.

Numero scheda : 4

Titolo originale (video) : La salute mentale

Durata : 20 '

Anno di produzione : 1998

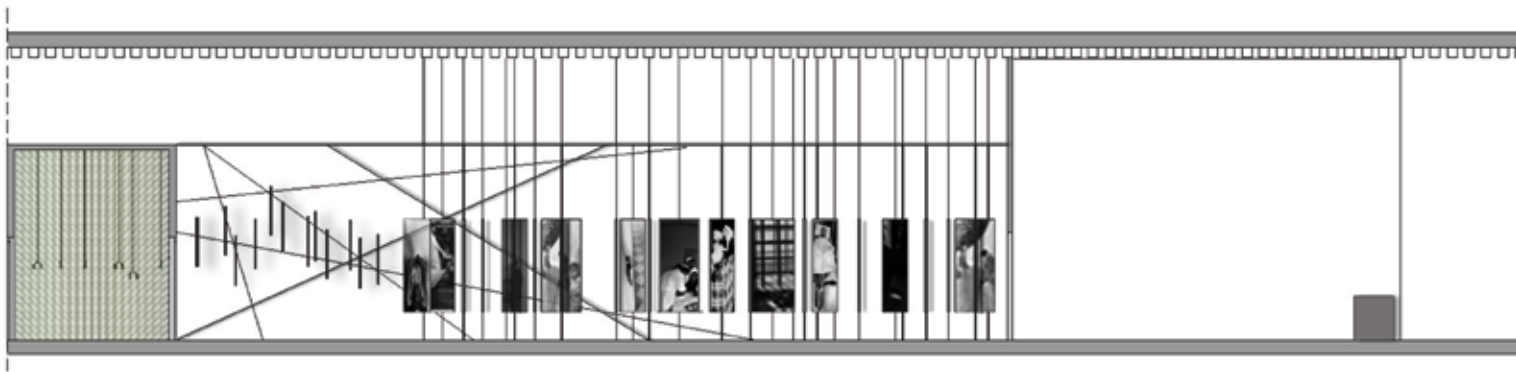
Cromatismo : b/n e colore

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : E' un insieme di servizi giornalistici e Dossier dei TG RAI riguardanti il trattamento della salute mentale pre e post legge 180 (Legge Basaglia del 1978).

Note : Di particolare rilievo sono due dei servizi relativi al S. Maria della Pietà, rispettivamente: "Elsa e Pino oltre la rete", si parla della morte di Elsa, paziente del suddetto ospedale che, dopo 17 anni di reclusione, si è suicidata (probabilmente per amore di Pino) dandosi fuoco nel padiglione 17. Il tutto è raccontato attraverso un'intervista a Pino (fidanzato di Elsa, nonché paziente del S.Maria della Pietà), ed un intervento del dott. Massimo Capoleoni. Il secondo servizio è intitolato "Cenerè", sono le riprese delle prove della rappresentazione teatrale "Cenerè" condotte da Marina Francesconi, regista di spettacoli teatrali. Qui viene intervistata Anna Berni psichiatra al Santa Maria della Pietà.



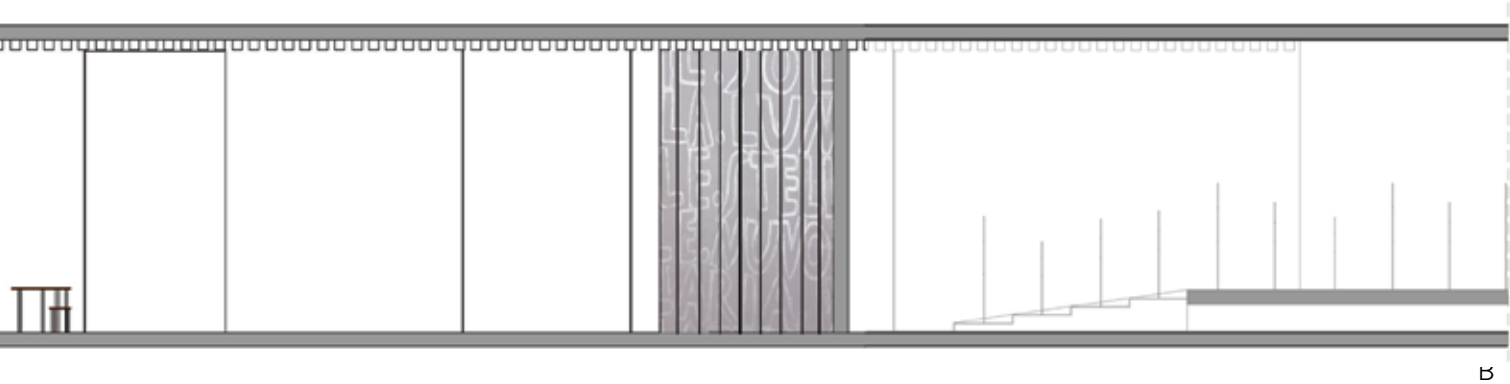


FIG. B
SEZIONE LONGITUDINALE

SALA 8_ VOCI

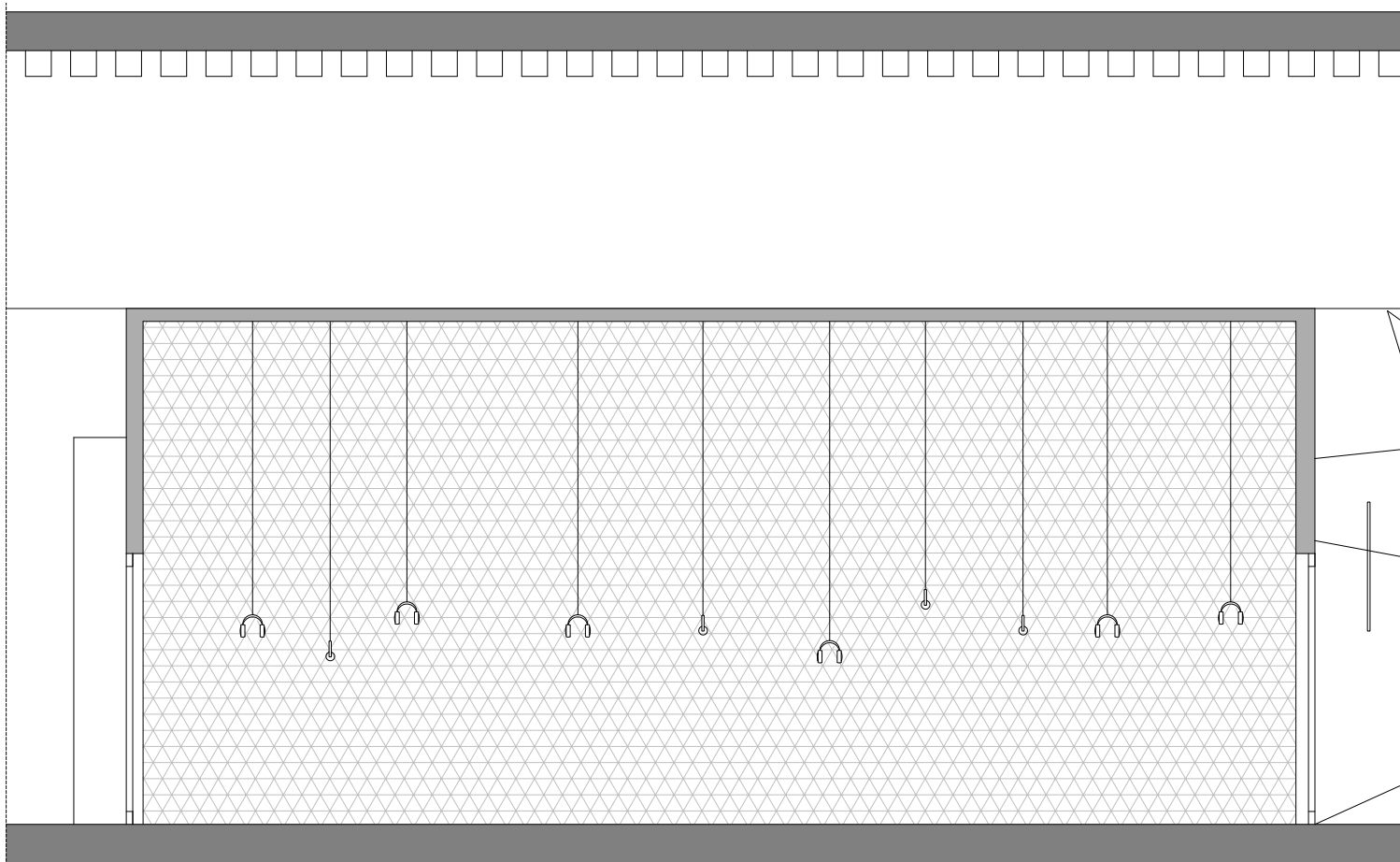
Successivamente la legge 180 di Franco Basaglia il folle viene a considerarsi “come noi” e non più “diverso”, un persona che parla, pensa ed esprime i propri sentimenti nello stesso modo del visitatore che lo ascolta. L'unica cosa che siamo chiamati a fare all'interno di questa stanza è ascoltare. Come nella prima sala di Ippocrate, viene ricreato uno spazio cubico, questa volta però la sua caratteristica è quella di essere completamente isolato e insonorizzato, proprio per porre l'attenzione alle voci e ai racconti di coloro che hanno vissuto l'esperienza manicomiale che si possono ascoltare da una serie di cuffie apparentemente sospese. La griglia completamente scomparsa nel momento del cambiamento della sala precedente, ora ritorna con una concezione totalmente di-

versa. Ciò che prima incasellava e delineava ora confonde.

L'intero spazio è infatti ricoperto da pannelli insonorizzati con disegni geometrici che creano, grazie alla loro tridimensionalità, un effetto ottico. Tutto questo disorienta e fa sì che il visitatore si ritrovi nello stesso stato di smarrimento in cui si trovarono i malati dopo la chiusura dei manicomi all'interno della società.

FIG.60
SEZIONE TRASVERSALE SALA 8

FIG 61
PIANTA SALA 8



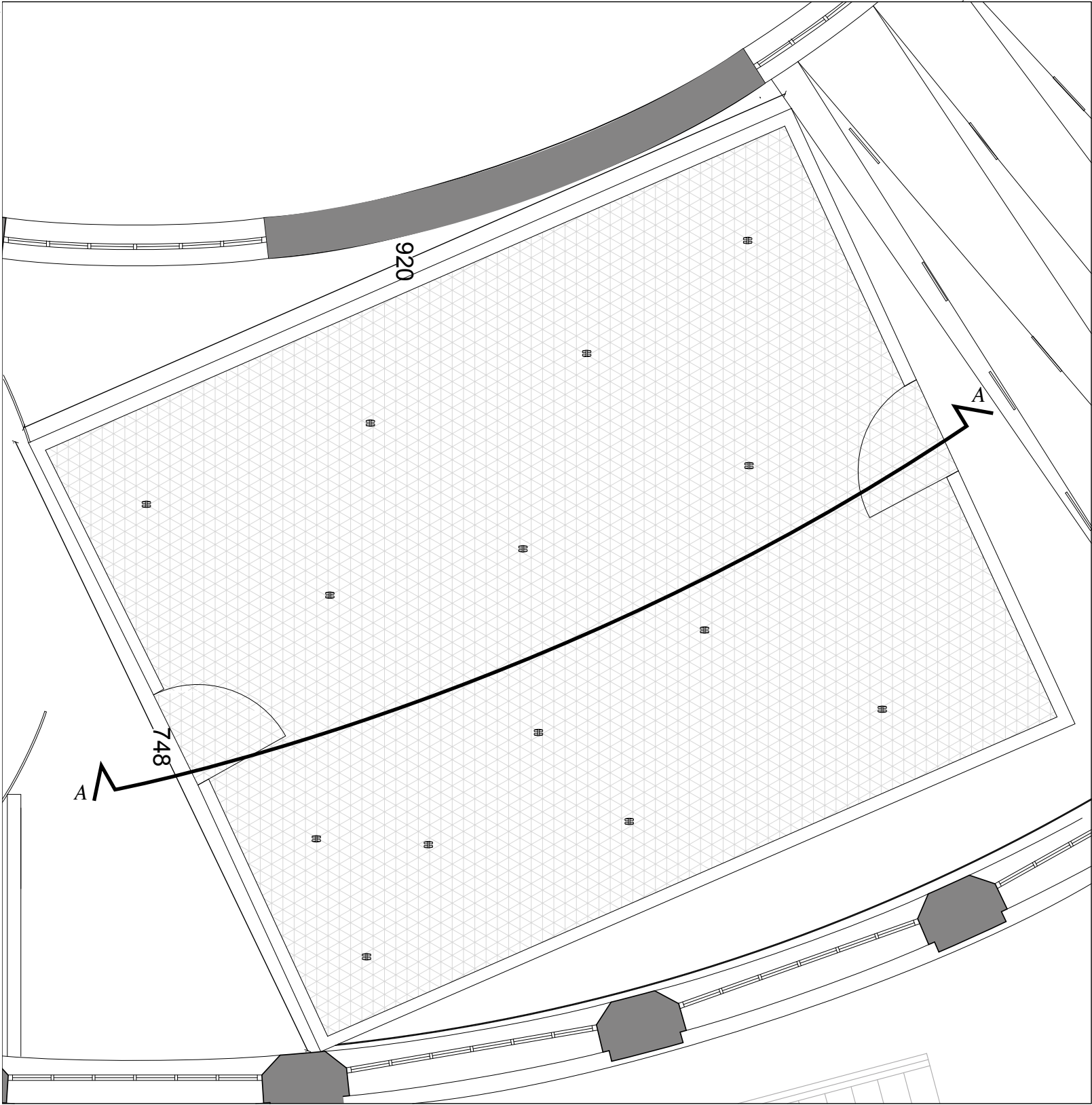
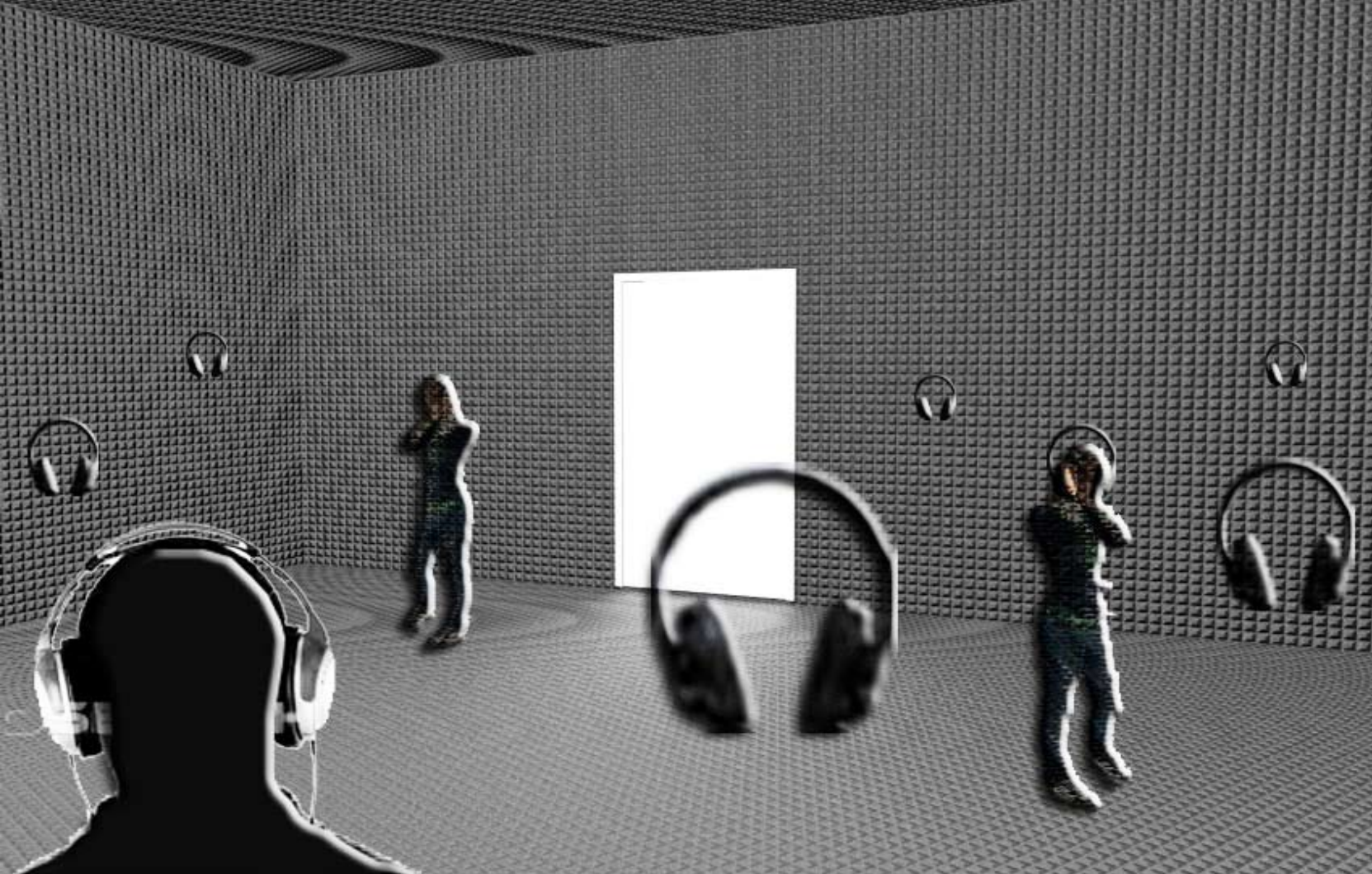


FIG.62
IMMAGINE RENDER SALA 8

FIG 63
RACCONTO



Numero scheda : 1

Titolo originale : Voci delle cartelle (1852-1913)

Durata : 30'

Anno di produzione : 1995

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : Scene dal Santa Maria della Pietà, attraverso la lettura delle cartelle cliniche dei ricoverati negli anni che vanno dal 1852 al 1913. Dalle cartelle cliniche del manicomio, vengono fuori storie passate, di follia, di uomini e donne. Alcuni frammenti di tali storie sono diventati voci.

Numero scheda : 2

Titolo originale : Vivere fuori

Durata : 31'

Anno di produzione : 1995

Audio : Sonoro

Lingua : Italiano

Abstract : Contiene due esperienze di Comunità Territoriali di ex ricoverati nel manicomio Santa Maria della Pietà. Le due strutture sono quelle del Poderaccio di Bracciano e Ipogeo degli Ottavi nella Borgata di Ottavia a Roma.

SALA 9_ART BRUT

Abbandonando il punto di vista in cui il folle è “come noi” si passa ad una nuova visione di quest’ultimo come “uno di noi”. Il cambiamento è dato da una nostra diversa attenzione nei confronti di colui che inizialmente chiamavamo malato. Se prima ci limitavamo ad ascoltare e a osservare ciò che gli accadeva ora cerchiamo di capire qual è il suo linguaggio che da apparentemente oscuro e inafferrabile diventa semplicemente diverso e traducibile con altri codici.

Questo è proprio quello che fanno gli autori dell’art brut con i loro disegni, cioè esprimere istintivamente il proprio inconscio tramite un nuovo personale linguaggio.

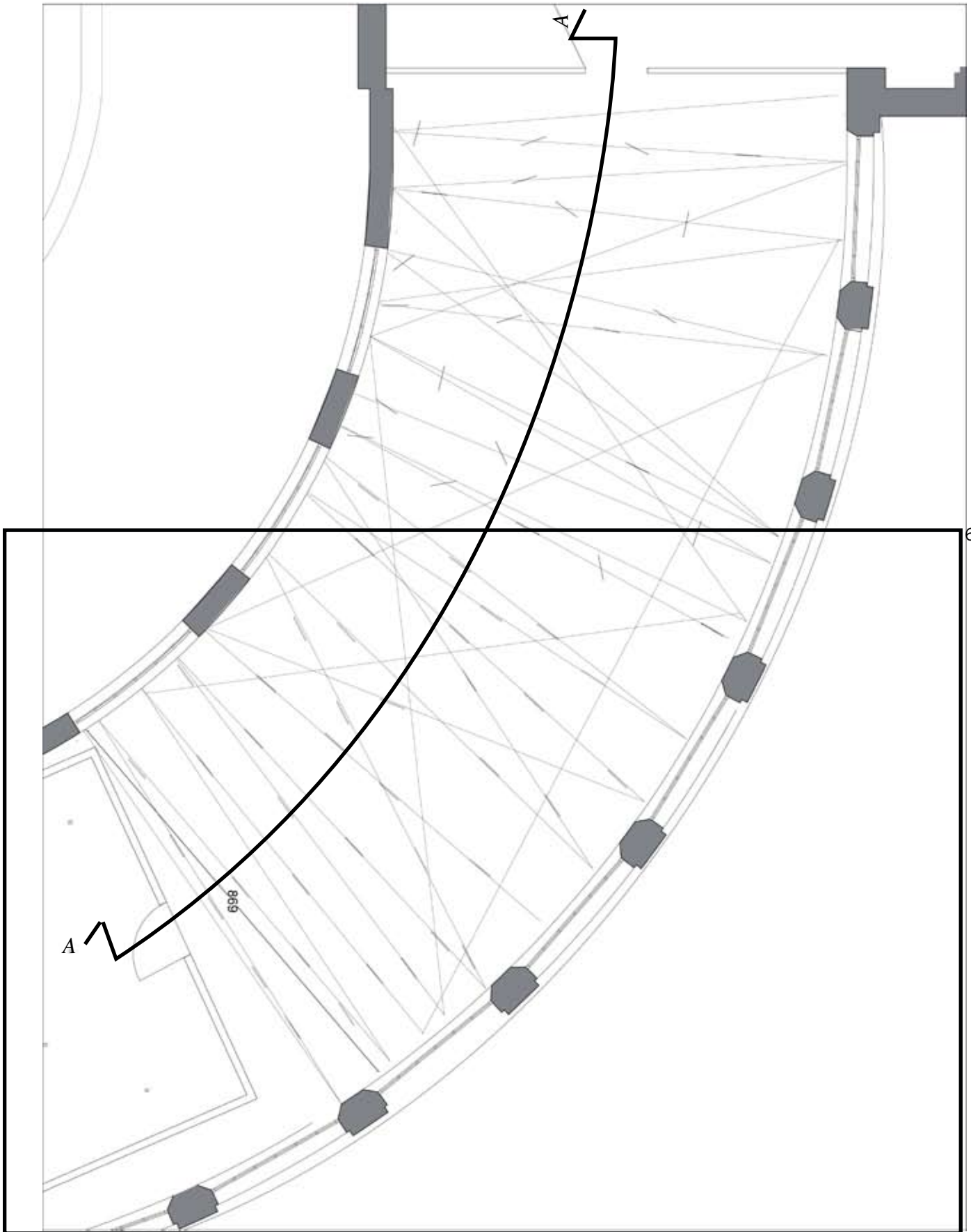
Ci lasciamo quindi alle spalle una stanza chiusa per arrivare in un nuovo ambiente aperto e profondo. Alzando gli occhi i dipinti e i disegni

degli artisti brut fluttuano su una ragnatela di fili che corrono da un lato ad un altro della sala andando a modificare nuovamente l’utilizzo della griglia. In questo momento infatti essa non esiste più non perché è scomparsa ma perché ha modificato il suo essere diventando un insieme confuso ed irregolare di linee.

FIG.64
SEZIONE LONGITUDINALE

FIG 65
PIANTA SALA 9





65

698

FIG.66
IMMAGINE RENDER SALA 9

66



OPERE DEI RICOVERATI

Il materiale consiste in circa 4000 pezzi prodotti, nel corso di oltre 100 anni, dai pazienti dell'ex Ospedale Psichiatrico S. Lazzaro di Reggio Emilia (Italia).

Si ha notizia certa di una Scuola di Disegno all'interno del S. Lazzaro dal 1887.

L'Atelier è da iscriversi nella attuazione di attività che possano occupare e stimolare i pazienti di "classe agiata" che, a differenza della gran parte dei ricoverati, si pensava non potessero trarre vantaggio da un'attività lavorativa di tipo fisico alla quale non erano abituati.

Si perseguiva uno scopo di "civile intrattenimento" da inserire nel più vasto quadro del "trattamento morale" del folle: così, oltre che con il disegno, si cercava di occupare questi pazienti con la lettura, i gio-

chi di carte, gli scacchi, la musica, il teatro.

Pressapoco negli stessi anni in cui era in funzione l'Atelier istituzionale troviamo altri Autori che ci hanno lasciato delle opere non scolastiche, ma al contrario originali nel modo e nella scelta del soggetto.

Queste opere libere, spontanee, senza mestiere e senza malizia, hanno tutte le caratteristiche per essere inserite nel singolare campo dell' Art Brut (considerandola, con Dubuffet, l'esatto contrario dell'Arte Colta).

La necessità di un Atelier centralizzato venne gradualmente superata dalla nascita di piccoli Atelier disseminati presso le varie strutture alternative residenziali o semi-residenziali che stavano sorgendo.

L'attività presso gli Atelier attualmente in funzione è strettamente mirata al rapporto terapeutico col paziente: l'aspetto estetico non è necessario, rimane in secondo piano.

Si entra nel campo dell'Arte Terapia: si adopera il disegno e la sua potenzialità espressiva come mezzo, come strumento per realizzare il recupero della persona sofferente. Questa situazione è importante (fondamentale) per il paziente: di contro è quasi sempre deludente per un osservatore esterno che, non essendo coinvolto nel rapporto, non riesce a cogliere l'importanza di ciò che accade ed il valore (soggettivo) di ciò che si produce.

La tutela delle opere realizzate nel tempo dai pazienti ricoverati al S. Lazzaro di Reggio Emilia è affidata al Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria di Reggio Emilia.

Al Centro si deve anche il lavoro di recupero e riordino del materiale grafico prodotto dai pazienti e conservato nelle rispettive cartelle cliniche, con la conseguente opera di studio e valorizzazione.



FIG. XIII

1898 Federico Saracini

Con le sue 95 tavole didascaliche-pedagogiche è Autore di grande interesse anche per la documentazione completa a disposizione (notizie biografiche ed annotazioni specifiche sul diario della cartella clinica).

XIII



XIV

FIG.XIV

1901
Ernesto Cacciamani

Rappresenta una congerie di figure difficilmente identificabili con esattezza in quanto hanno delle parti in più od in meno rispetto alla norma cedendo così una notevole sensazione di ambiguità

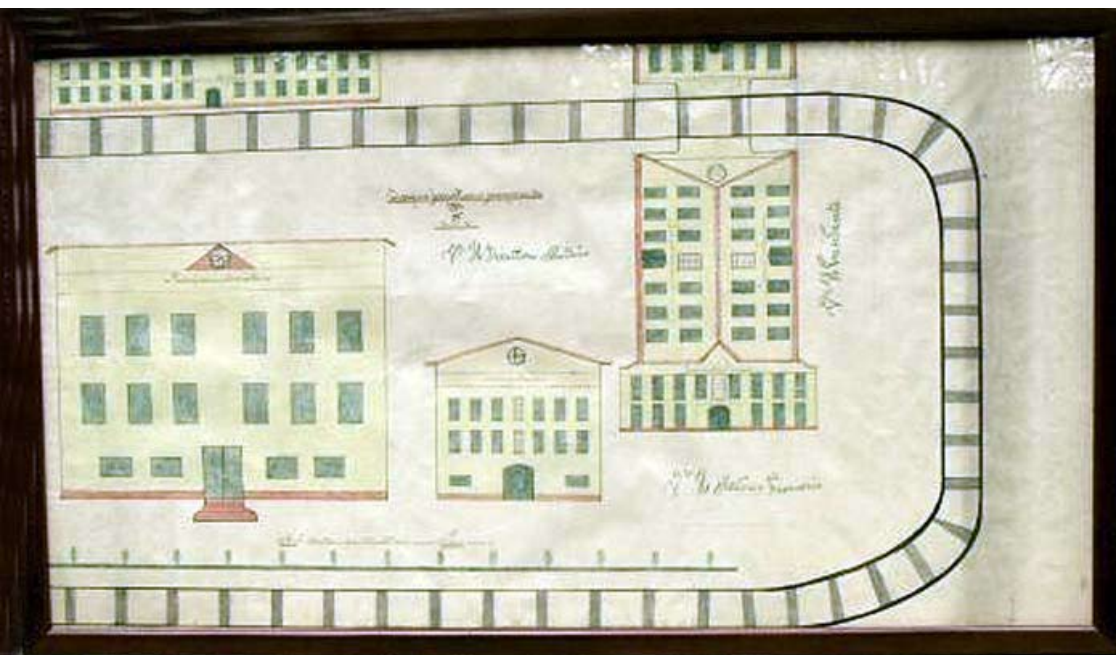


FIG.XV

1929
Corrado Angiolini

Con il suo modo preciso e puntuale progetta un sistema di trasporto all'interno dell'Istituto mediante ferrovia.

Oltre alle grandi mappe, riempie 4 quaderni con puntuali annotazioni esplicative.

XV



XVI

FIG.XVI

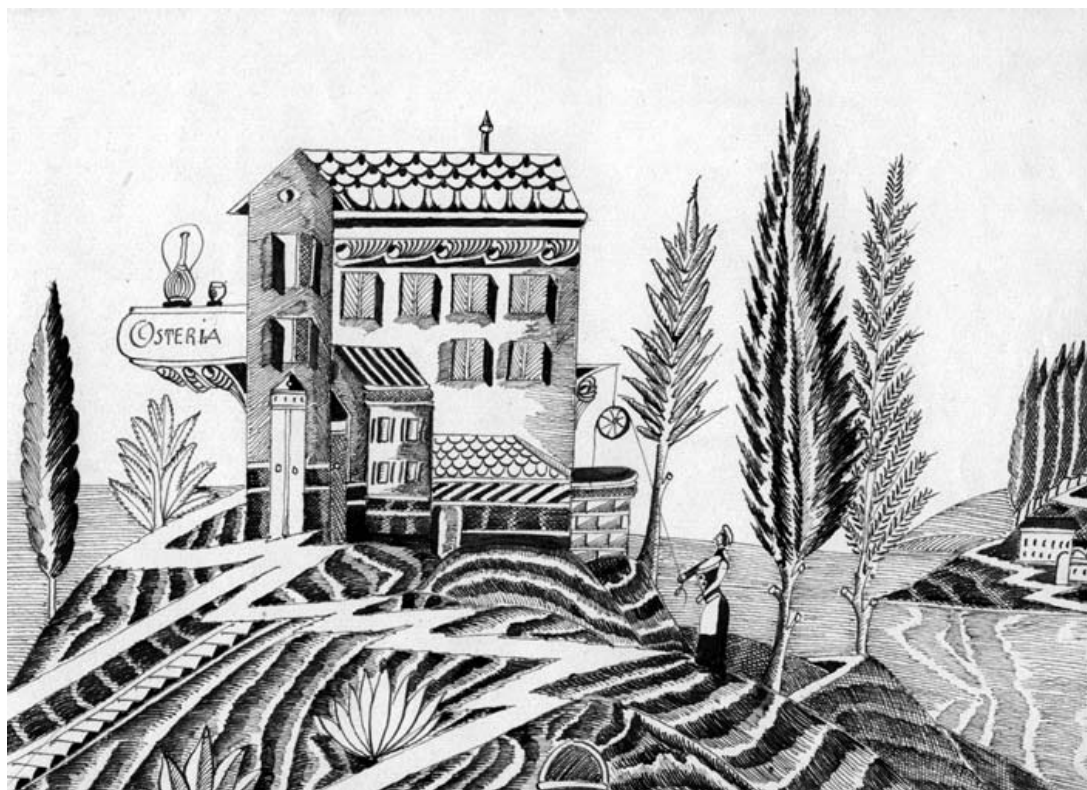
1930
Attilio Malagoli

Disegni ad inchiostro su carta.
Molto più liberamente racconta
drammatici episodi di vita reale in-
seriti in un insieme di riquadri che
si incastrano tumultuosamente ri-
empiendo un grande foglio.
Si firma AM ex combattente

FIG.XVII

1930
Giuseppe Righi

Propone un mondo di pace, di sere-
nità, di ordine; paesaggi ben scan-
diti su cui lo sguardo può riposare.
La presenza umana, quando c'è, è
molto diluita e ben composta.



XVII



XVIII

FIG.XVIII

1968
F.M.

Uno dei più interessanti Autori di questo Atelier.

Con modalità espressioniste ha prodotto quadri in cui si mescola sogno e realtà.

Realtà trasfigurata, spesso deformata, tanto da comunicare sofferenza ad una lettura partecipe.

FIG.XIX

1968
M.B.

La più conosciuta tra le frequentatrici dell'atelier.

Certe sue Opere richiamano molto, per alcuni troppo, il lavoro di Picasso (per il tratto, per la scomposizione della figura ...).



XIX



XX

FIG.XX

1968
T.G.

Crea composizioni in cui la scansione geometrica dei colori produce una sensazione di grande armonia.

Assente la figura umana, stanno in primo piano le nature morte inserite in un più vasto ambiente in cui è dominante il colore ordinatamente disposto.

FIG.XXI

XXI

1968
Radmila Peyovic

La sua produzione di disegni a pastello ha suscitato l'interesse degli esperti di Art Brut (in coppia le sue opere sono nei più importanti musei del settore).

Con tenui colori propone la figura umana, di solito femminile, pressochè sempre di profilo, rivolta a sinistra, a mezzo busto.

Questo schema fisso si accompagna ad una variazione infinita dei decori dei capelli e della foggia dei vestiti.

Scritte non sempre agevoli da decifrare sono poste a completamento della composizione. Si firma Gesù Bambino.



FIG.XXII

1968
S.C.

La sua produzione dal punto di vista dei soggetti è divisa nettamente in due : un filone (più abbondante) di oggetti, alberi, case, strade che tratta in modo molto preciso, quasi geometrico; un secondo filone è costituito da circa 20 fogli in cui rappresenta una donna: lo stile cambia completamente, il segno si anima, si curva.

La figura viene rappresentata in modo scarno ed essenziale evidenziando in modo marcato i seni e l'inguine, rinforzandone ulteriormente l'importanza con il cambio di colore.



XXIII



FIG.XXIII

1968
I.G.

Ha lavorato molto su carta, soprattutto con la tempera.

Abbondante e fortemente espressiva la sua produzione a creta.

Con segno rapido, vibrante, spesso liberatorio, ha toccato vari temi con una certa prevalenza della figura femminile (che tratteggia con accentuata partecipazione emotiva : ne risultano ritratti sofferti e drammatici).

Anche nella produzione a creta ci sono figure umane (uomini e donne) ma il segno della sua lotta interiore si coglie ancor più in tutta una serie di animali selvaggi, o meglio "selvaggiamente" rappresentati.



XXIV

FIG.XXIV

1968
R.A.

Ama la carta e il colore. Il rosso dà carica ed energia ai suoi dipinti. Disegna volti di personaggi storici. Il suo mito che dice di aver conosciuto è Benito Mussolini. Dice che continuerà a creare suoi ritratti finchè non lo verrà a trovare in manicomio.

FIG.XXV

1968
L.F.

Le sue creazioni sono figure femminili esili e vaganti in uno spazio irreali. I colori accesi dei suoi disegni enfatizzano il tratto pesante e libero con cui crea sagome fluttuanti dal volto triste ma pur sempre truccato eccessivamente. Sono rappresentazioni di una realtà immaginaria. Dice che sono le sue sorelle. Ma L.F. è figlia unica.



XXV

SALA 10_ ANIME VAGANTI

Nel nostro allestimento quindi i fili che prima ci correvano sopra la testa iniziano ad abbassarsi, ci passano davanti, li dobbiamo schivare o passarci in mezzo. Hanno cambiato la loro funzione nuovamente, da semplici sostegni di elementi si sono trasformati in parti di sagome indistinte e sfocate. Siamo ormai nella contemporaneità, il folle è "uno di noi" e quindi in mezzo a noi e vaga nella società senza trovare una fissa collocazione. Per questo motivo le sagome che riempiono questa parte di sala e in mezzo alle quali dobbiamo muoverci, vagano ruotando intorno a loro stesse ogni volta che noi le sfioriamo.

Le luci, posizionate accuratamente ai lati della sala, puntando sui cavi vanno a creare una sorta di reticolo a terra che accentua la confusione

che si prova vagabondando senza una linea guida.

Li abbiamo ascoltati, li abbiamo guardati ed ora fanno parte di noi, abbiamo dato loro una libertà che purtroppo non sanno di avere totalmente in quanto si sentono anime senza senso e senza meta precisa. La Legge 180 ha istituito varie tipologie di centri di salute mentale e ha indicato i servizi territoriali come le strutture preposte al trattamento e controllo dei malati. Da tempo le associazioni delle famiglie dei pazienti ne chiedono una revisione, denunciando di essere state lasciate sole dopo la chiusura dei manicomi in Italia; purtroppo però le proposte di legge in tal senso sono ancora oggi "arenate".

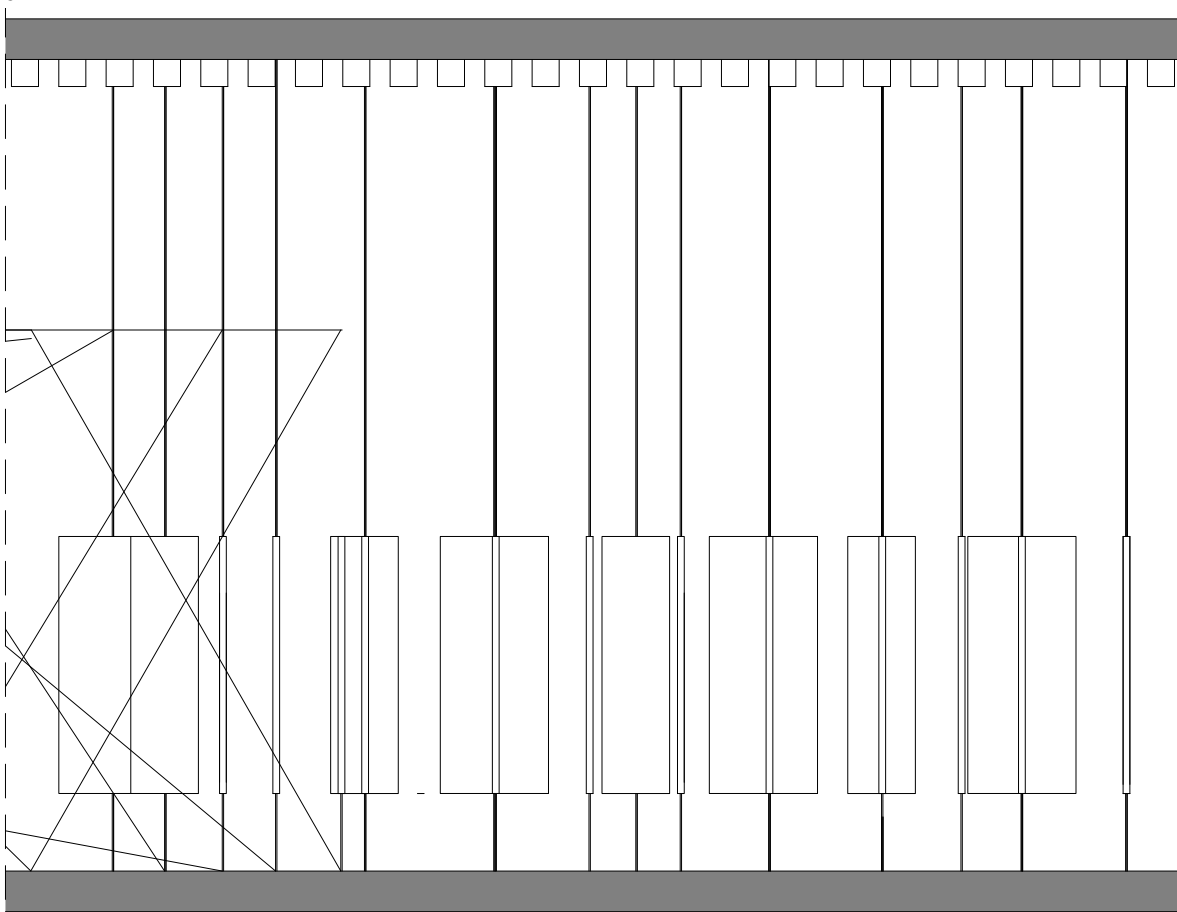
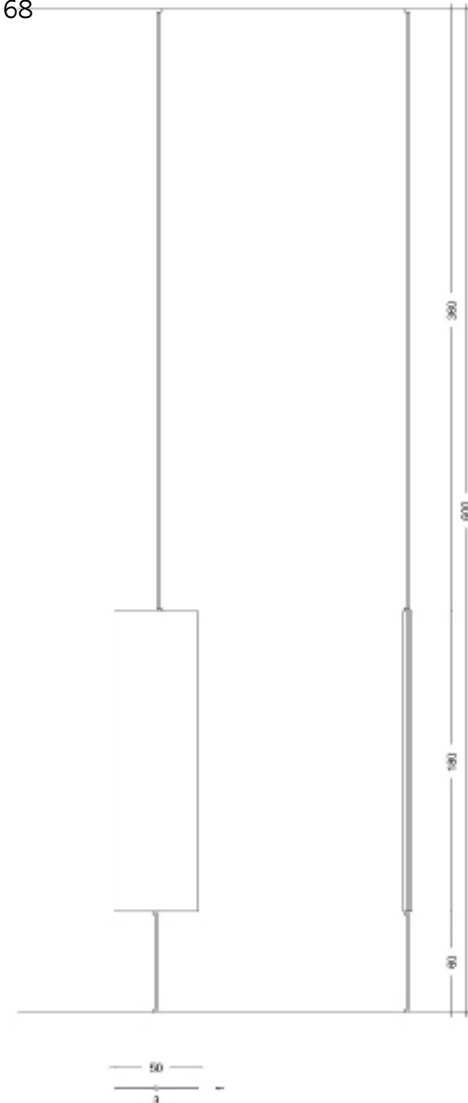
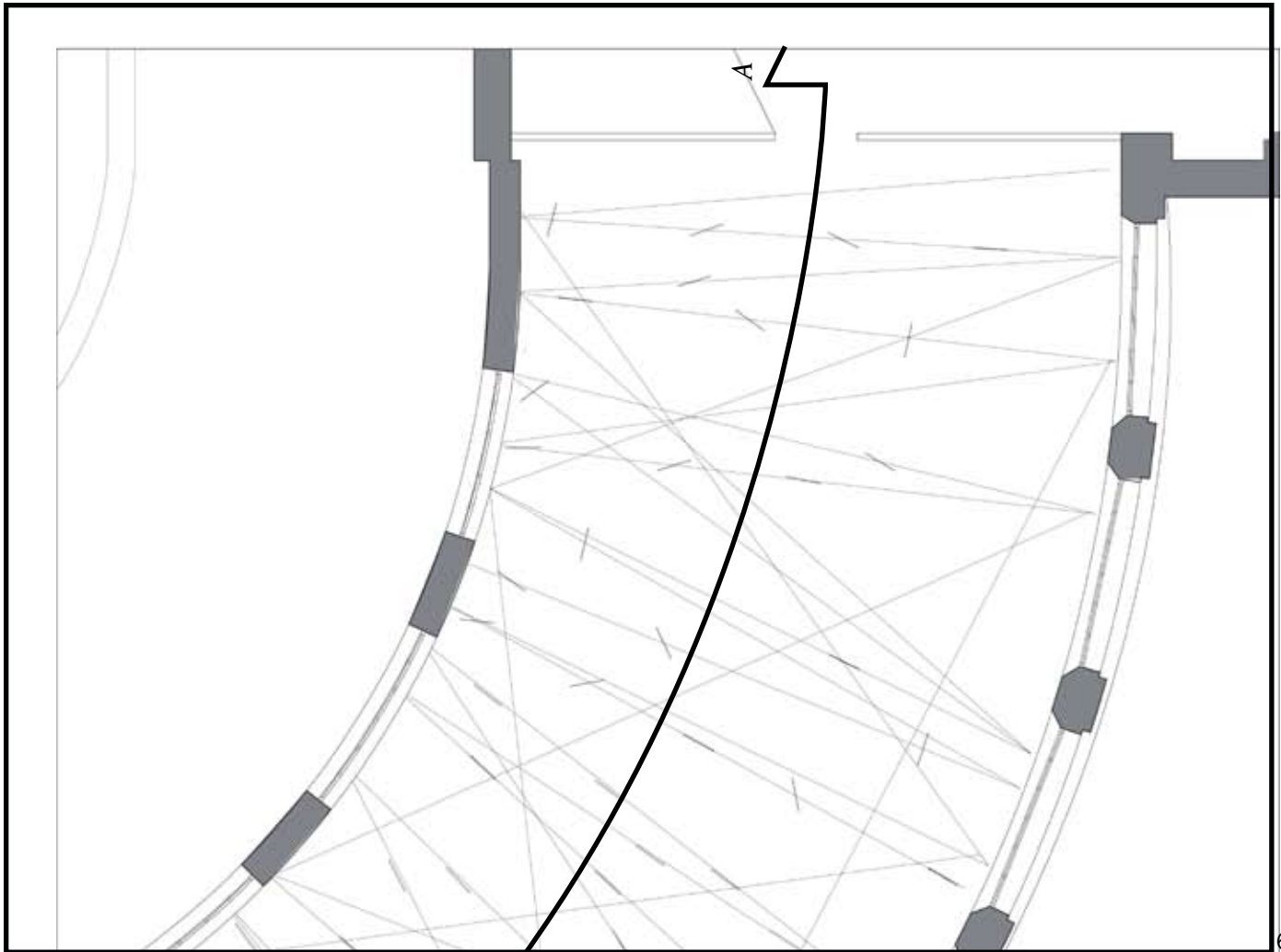


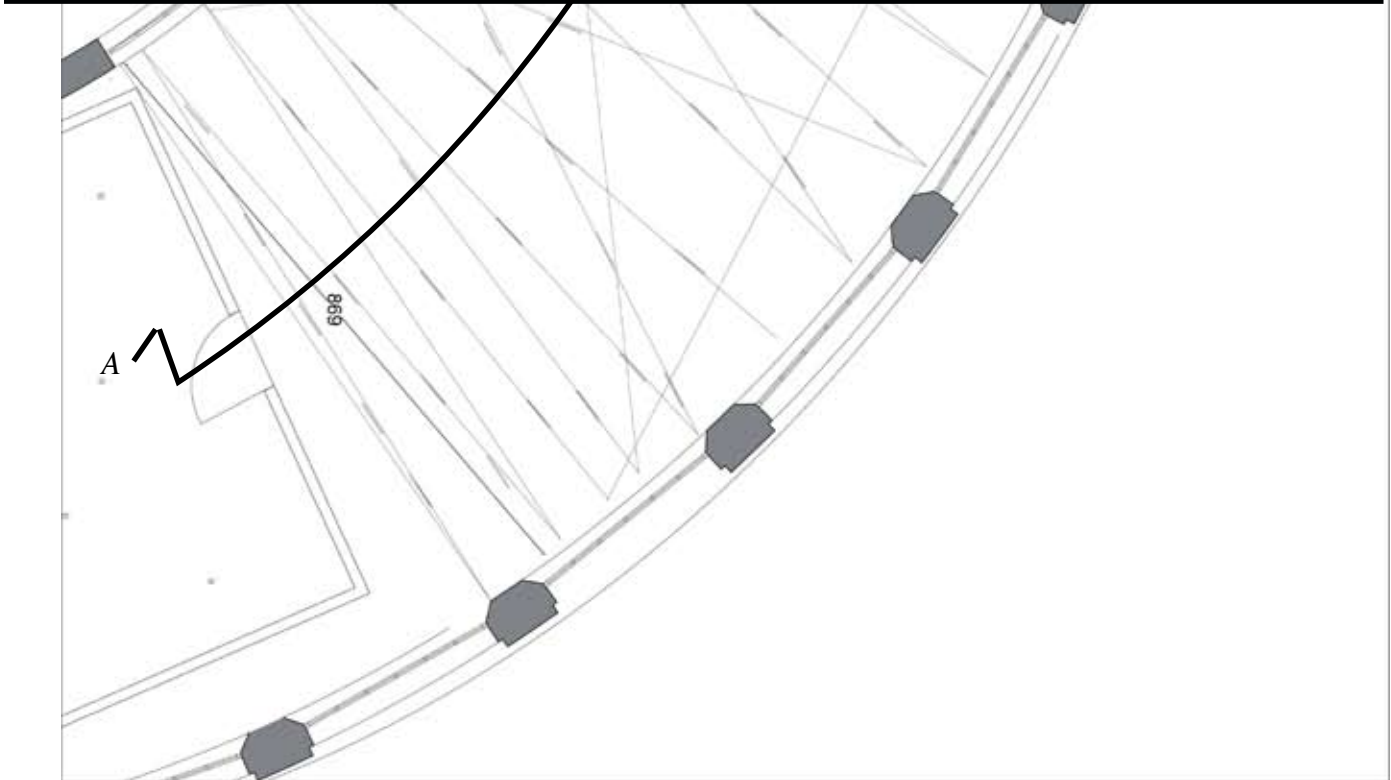
FIG.67
SEZIONE LONGITUDINALE

FIG.68
PARTICOLARE PANNELLO

FIG 69
PIANTA SALA 10;



69



698



FIG.70
IMMAGINE RENDER SALA 10

SALA 11_ DIVERSO PUNTO DI VISTA

Ora che il visitatore inizia ad essere consapevole dell'esistenza del folle accanto a lui, si sente pronto e disposto a cambiare il proprio punto di vista della realtà, come atto di comprensione verso quella forma di diversità che fin dall'inizio non ha mai tollerato né accettato e di conseguenza cercato di conoscere. Entrando in queste sale bianche, quasi asettiche, apparentemente vuote e prive di significato, vengono ricostruiti alcuni ambienti della vita manicomiale attraverso una serie di espedienti visivi come l'anamorfosi; Si è infatti obbligati ad osservare ciò che appare davanti ma questa volta con gli occhi di chi quei luoghi li ha abitati realmente per anni. Ecco così che le linee confuse dipinte a terra, sulle

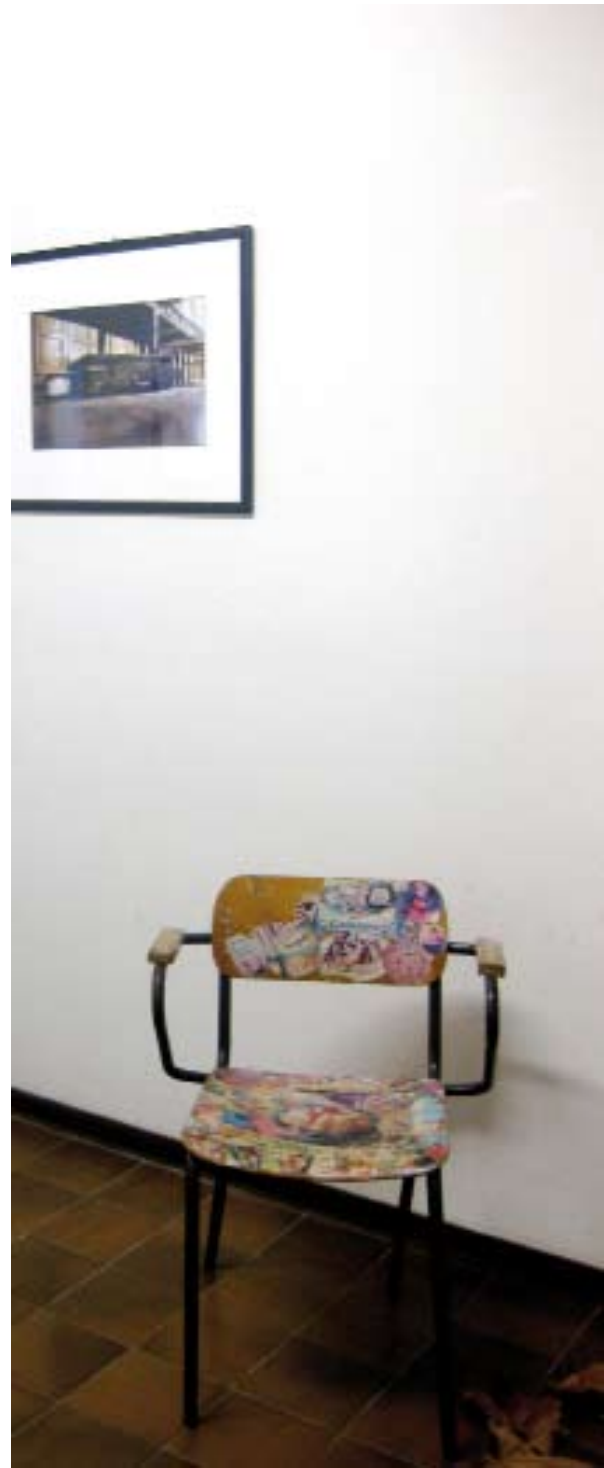
pareti o nascoste tra esse, diventano una volta esili sedie di una cella, una volta anguste sbarre di una finestra e infine incisioni sui muri delle prigioni.

Le insignificanti sale acquistano quindi in questa ottica un senso, ora per lui come un tempo per i malati che vivevano in questa situazione la loro quotidianità. Nonostante le loro menti vagabonde spaziassero in altre direzioni in cerca di una seppur vana e illusoria evasione da quei luoghi di sofferenza, la realtà posta davanti ai loro occhi come a quelli del visitatore, è la stessa; entrambi costretti a vivere quei mo-⁷²menti di vita come imposizione.

FIG.71- 72 -73
IMMAGINI DI RIFERIMENTO PER LE
ANAMORFOSI



71



73



ANAMORFOSI

Il termine anamorfose deriva dal greco *ana* (all'indietro, ritorno verso) e *morphe* (forma) e compare per la prima volta nel trattato "Magia Universalis naturae et artis", pubblicato da Gaspard Schott tra il 1657 e il 1659 a Wurtzburg.

In questo trattato vi è un capitolo che descrive un particolare tipo di immagine prospettica ottenuta per proiezione su un piano fortemente inclinato rispetto all'osservatore. Ciò causa una deformazione dell'immagine tanto più evidente quanto maggiore è l'inclinazione del quadro e quanto minore è la distanza del punto di vista contenente il quadro stesso.

Ne consegue che le immagini anamorfiche risultano comprensibili solo se si pone l'occhio nel punto di vista esatto dove la deformazione scompare per lasciare il posto

ad una immagine perfettamente chiara e proporzionalmente esatta, nonché dotata di una forte carica illusiva. Nella storia i due protagonisti furono principalmente Jean François Nicéron e Andrea Pozzo mentre nella contemporaneità possiamo continuare a vivere queste opere grazie ad alcuni artisti tra cui Felice Varini.

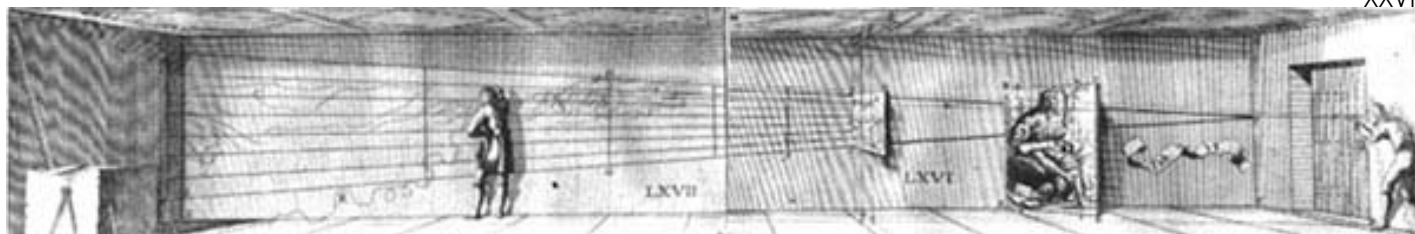
Felice Varini è uno svizzero artista trapiantato a Parigi, che è stato nominato nel 2000/2001 per il Premio Marcel Duchamp, noto per le sue creazioni prospettiche all'interno di stanze o in spazi aperti.

La sua è una grande intuizione: concepire gli spazi tridimensionali che ci circondano come se fossero una superficie unica e piatta sulla quale applicare forme geometriche bidimensionali. Spazi urbani, ambienti interni, paesaggi naturali reali diventano, per Varini, un foglio sul quale incollare e comporre forme geometriche. Solo da un precisa angolazione l'osservatore riesce

FIG.XXIV
Felice Varini, Point of view

FIG.XXX
Felice Varini, Trois cercles concentriques pour couloir, 1998

FIG.XXXI
Felice Varni, Du centre Pompidou-Metz. 2009



XXVII

FIG.XXVII
Schema realizzativo degli affreschi del Nicéron (dal *Thaumaturgus Opticus* - 1646)

FIG.XXVIII
A. Pozzo, Volta della Chiesa di S. Ignazio a Roma, 1681



XXVIII



XXIX



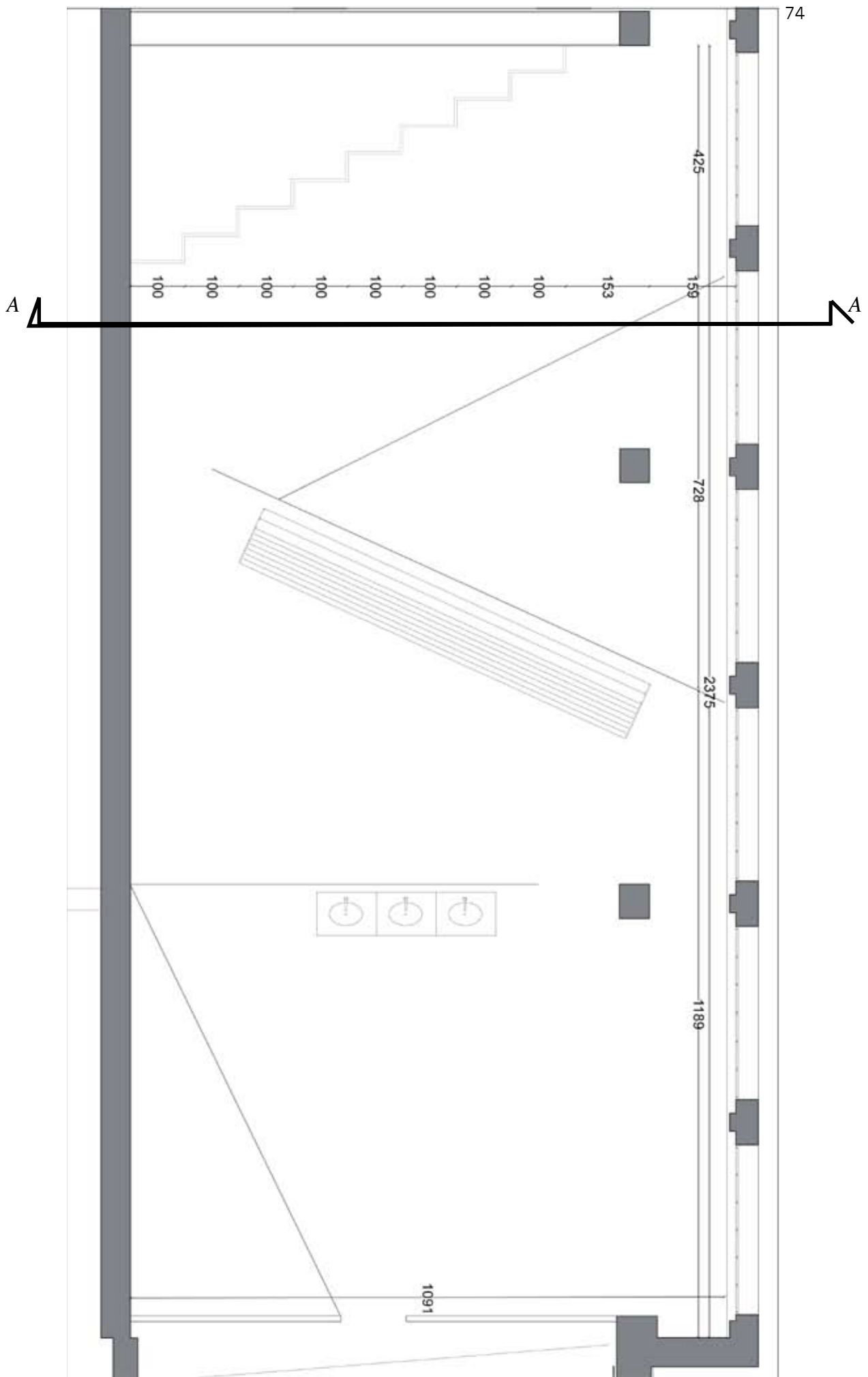
XXX



XXXI



209



UNO DI NOI

FIG.74
PIANTA SALA 11

FIG.75
SEZIONE LONGITUDINALE SALA 11/B
PRIMO PUNTO DI VISTA

FIG.76
SEZIONE TRASVERSALE SALA 11/B
SECONDO PUNTO DI VISTA

76





FIG.77
IMMAGINE RENDER SALA 11
PRIMO PUNTO DI VISTA

FIG.78
IMMAGINE RENDER SALA 11
SECONDO PUNTO DI VISTA





FIG.79
IMMAGINE RENDER SALA 11/A
PRIMO PUNTO DI VISTA

FIG.80
IMMAGINE RENDER SALA 11/A
SECONDO PUNTO DI VISTA;

80

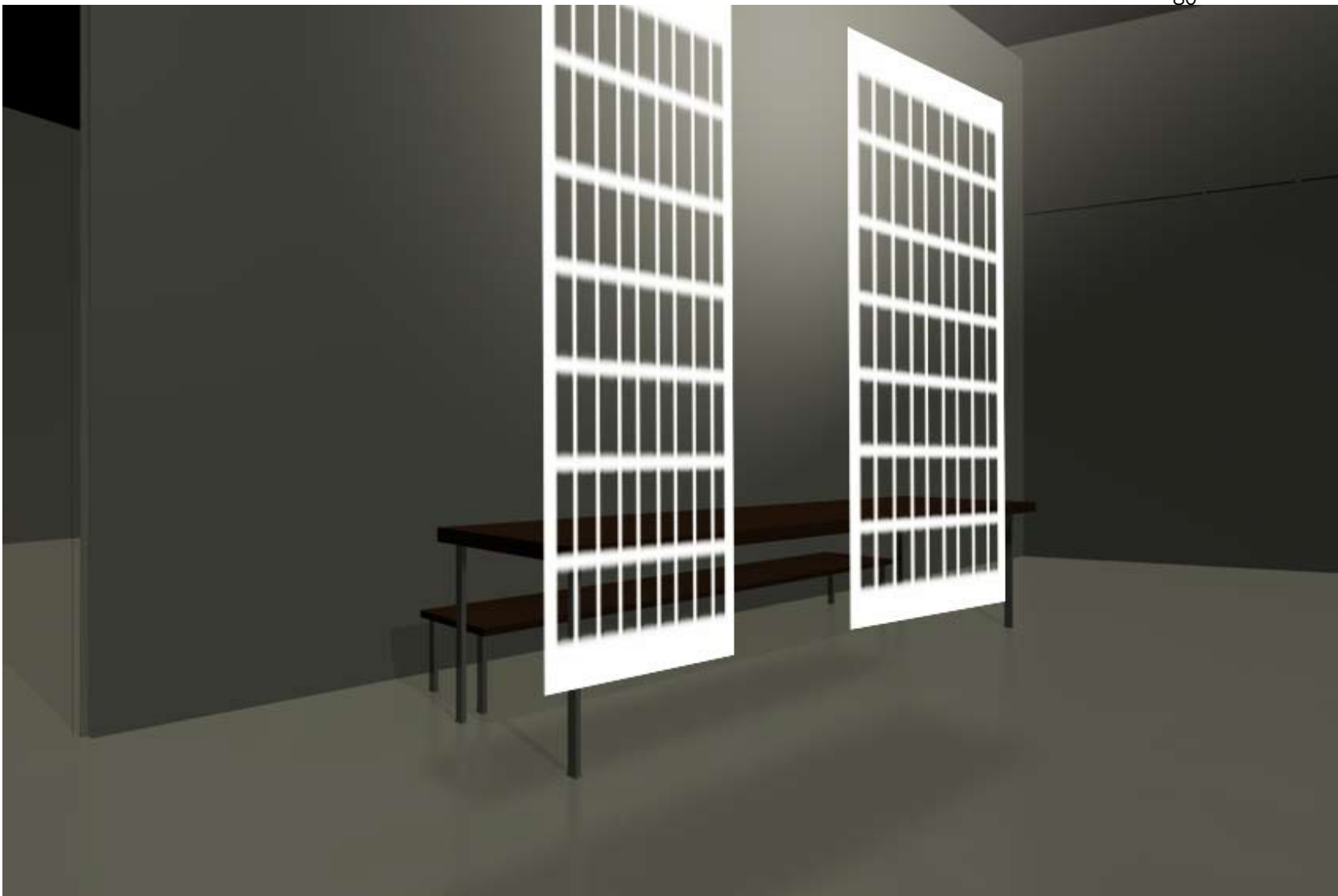




FIG.81
IMMAGINE RENDER SALA 11/B

SALA 12_NEVROSI

Nell'ultima sala della mostra la "metamorfosi" è terminata, il punto di vista è definitivamente cambiato, i picchetti sono stati tolti e i limiti superati. Il dubbio assale il visitatore, il quale inizia a porsi domande sempre più frequenti e a cui non sa rispondere con certezza poiché non è più in possesso di una verità assoluta. Ci si chiede quindi: chi è il normale? siamo forse "noi" i veri folli?

Nella contemporaneità la pazzia non ha più un'unica identità, ovvero non è più intesa come anormalità tanto che come un virus latente si è insinuata nella società assumendo quasi un'accezione di normalità. Sono parte della follia attuale le nevrosi, una malattia costituita da gesti quotidiani che, ripetuti continuamente e affannosamente senza sosta, rivelano quei conflitti perso-

nali di cui spesso si è ignari ma che esprimiamo istintivamente. Questo è quanto viene presentato nell'ultima stanza, una serie infinita di video che accompagnano verso la mostra il visitatore, su cui sono proiettate immagini di uomini e donne che ripetono continuamente le stesse azioni senza avere un volto perché il volto è proprio quello del visitatore che grazie ad una telecamera inserita a lato dei pannelli si ritrova protagonista e soggetto principale di questa follia.

FIG.82
SEZIONE LONGITUDINALE SALA 12

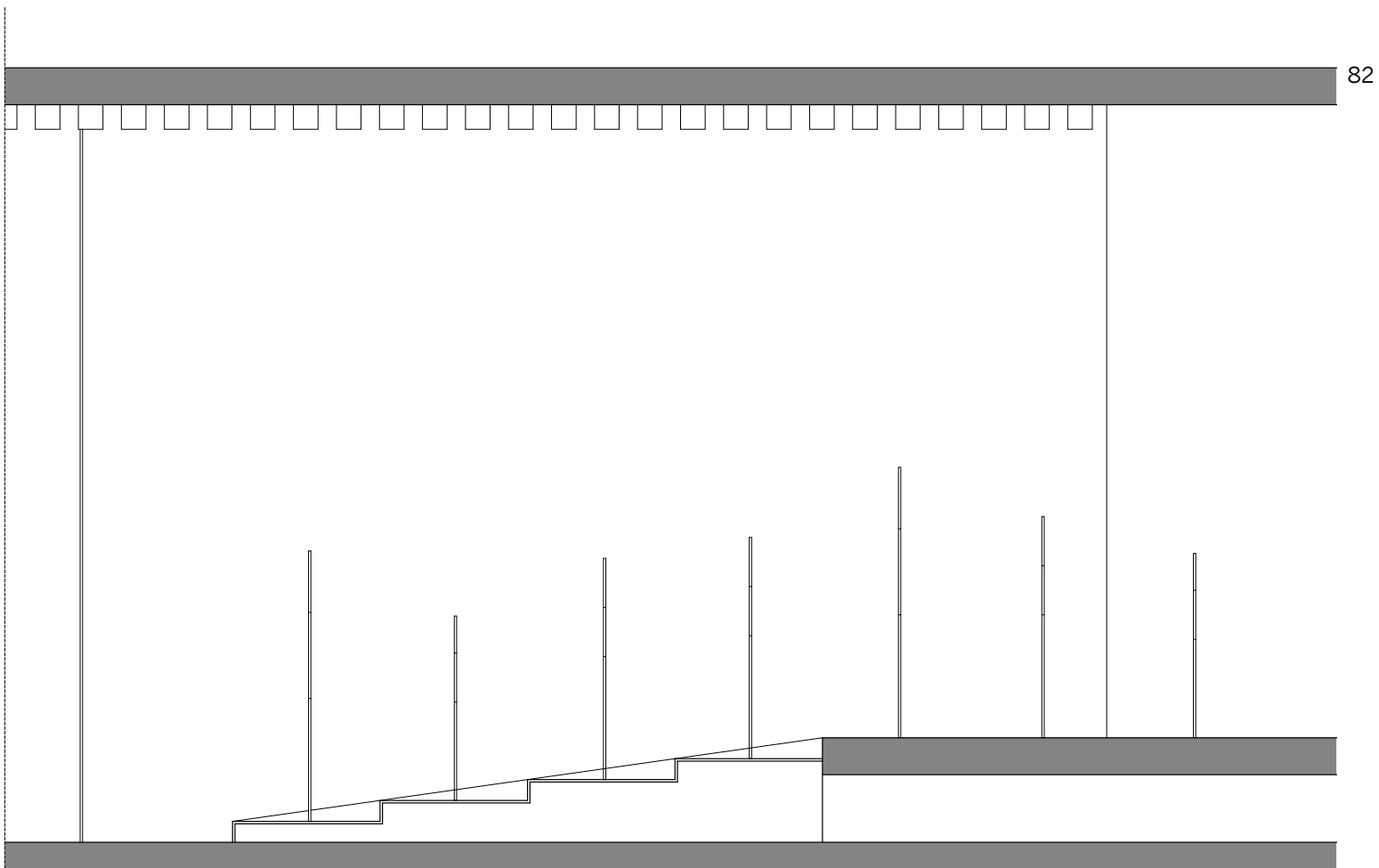




FIG.83
PIANTA SALA 12

FIG.84
IMMAGINE RENDER SALA 12



0

09

Componenti tecnici

FILO KEVLAR

Dopo la scoperta del Nylon, la fibra inventata da DuPont e successivamente commercializzata, sempre da DuPont, con il marchio KEVLAR ha rappresentato probabilmente lo sviluppo più importante a livello mondiale nel campo delle fibre sintetiche.

La sua combinazione unica di caratteristiche - resistenza e rigidità sorprendenti, resistenza all'urto, elevato assorbimento delle vibrazioni e resistenza al calore e alla fiamma, un materiale molto morbido, il quale in un diametro di 40-50 mm può raggiungere un carico di rottura di 100 kg che ha permesso a progettisti e ingegneri di trovare soluzioni a problemi fino ad allora considerati oltre gli ambiti delle fibre organiche. Scoperta nel 1965 e disponibile sul mercato dal 1972, la fibra con marchio KEVLAR viene

commercializzata in forma di filamento, fiocco e polpa.

Numerose industrie e prodotti hanno tratto beneficio dalla sua interessantissima combinazione di proprietà. Viene utilizzata, ad esempio, per rivestire e rinforzare i pneumatici di automobili e di altri veicoli e sostituisce l'amianto presente nella frizione, nel materiale di rivestimento dei freni e nelle guarnizioni.

I filati intrecciati in fibra KEVLAR nei tubi del sottocofano, resistono alle temperature e alle pressioni elevate delle moderne autovetture a basso consumo, aumentandone l'affidabilità e la durata.

Le fibre di DuPont sono inoltre considerate all'avanguardia nel campo delle applicazioni per protezioni balistiche, ad esempio per giubbotti anti-proiettile che impediscono il passaggio di pallottole, schegge metalliche e oggetti taglienti.

Grazie alle caratteristiche di leggerezza e somiglianza con il normale

tessuto, la fibra KEVLAR è impiegata per indumenti protettivi confortevoli e occultabili sotto gli abiti. Per soddisfare la crescente varietà di applicazioni, DuPont continua a sviluppare nuovi prodotti KEVLAR, migliorando ulteriormente le caratteristiche - come, per esempio la colorazione, la tenacità, il modulo o l'allungamento aggiuntivo - e rendendole sempre più adatte ai vari specifici utilizzi finali.



PANNELLI IN POLIURETANO ESPANSO

Di forma piramidale per l'assorbimento acustico e correzione sonora.

Poliuretano espanso flessibile a celle aperte, a base di poliestere, autoestinguento, di colore naturale grigio antracite, resistente a temperatura - 50°C e + 100°C.

Ottimo per l'isolamento acustico assorbente, offre inoltre un buon isolamento termico, con conseguente risparmio di energia.

Applicazioni:

- sale conferenza - palestre - auditorium - teatri
- poligoni di tiro - sale di registrazione musicali -
- regie radiotelevisive - stazioni radio - cabine regia
- scuole di musica e arti - asili nido - sale motori

Grazie alla sua flessibilità si può tagliare o sagomare con semplicità con un cutter e può essere applicato su qualsiasi superficie (anche curva) purchè liscia e priva di polvere, mediante idoneo collante.

Può essere inoltre fornito verniciato per donargli un gradevole effetto arredante.



PANNELLO VIDEO

Pannello per Videoproiettore.

Schermo realizzato con tela da proiezione professionale bianconeve lavabile e ignifuga, di costruzione particolarmente semplice ed economica, adatti per essere facilmente utilizzati in luoghi diversi essendo leggeri e maneggevoli e quindi collocabili pressochè ovunque.

Sono costituiti da due tubi in acciaio spessorato, uno in alto che accoglie gli attacchi, l'altro in basso che dà planarità alla tela e su cui la stessa viene manualmente arrotondata. Lo schermo può essere fissato a parete o installato da terra tramite la coppia di montanti a T regolabili in altezza.

Specifiche tecniche del telo:

- Foglia in pvc lavorata per proiezioni nitide
- Guadagno 1.2
- Angolo di visione 150°
- Colore bianco ottico con superficie satinata
- Ignifuga classe M1 7201-96
- Esente da cadmio
- Lavabile



3

PAVIMENTO IN RESINA INDUSTRIALE

Questo tipo di pavimentazione è adatta in diverse situazioni e per differenti utilizzi grazie alla sua praticità e semplicità.

Pavimenti Industriali_ le pavimentazioni in resina hanno trovato il loro più largo utilizzo nell'industria. Nei siti produttivi, in base al tipo di attività che viene svolta, sono necessarie caratteristiche di resistenza ai carichi statici e dinamici, all'abrasione, all'olio, agli acidi, al calore e al gelo e a molte altre condizioni che si potrebbero definire "estreme".

La possibilità di rivestire aree con colori diversi, anche a pavimentazione già posata, ha facilitato anche l'organizzazione del lavoro, creando delle piste per isole robotizzate, o semplicemente traccian-

do i percorsi guida per ottimizzare il flusso del lavoro.

Superfici commerciali_ La rapidità di posa, la resistenza al calpestio, l'antistaticità, l'impermeabilità unitamente alla resistenza alle polveri all'attacco chimico dei detergenti, sono le caratteristiche più apprezzate dagli operatori commerciali. Siano grandi o piccoli spazi, la convenienza di un pavimento in resina non ha rivali. La perfetta scorrevolezza delle superfici e l'assenza di giunti consente il transito fluido di carrelli e mezzi per il trasporto dei pallets, senza lasciare antiestetiche tracce.

Pavimenti civili_ Negli ultimi anni la qualità costruttiva ed estetica dei nuovi materiali ha permesso ai pavimenti in resina di fare ingresso nelle nostre abitazioni, creando particolari architettonici di grande pregio, grazie alle infinite possibilità decorative che si sommano alle

caratteristiche fisico-meccaniche già descritte.

La gamma dei colori è pressochè infinita, così come la possibilità di poter inserire stampe ed altri formati grafici sotto uno strato di resina trasparente.

4



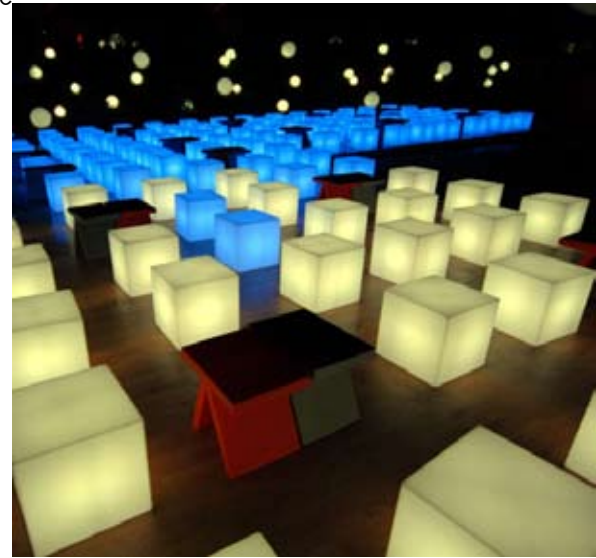
CUBO IN PVC BIANCO

Il policloruro di vinile è una delle materie plastiche più utilizzate al mondo. Il polimero si ottiene dalla polimerizzazione del cloruro di vinile monomero.

Il polimero che è formato dal 57% di cloro, proveniente dal sale da cucina, e per il restante 43% da carbonio ed idrogeno, viene additivato con altre sostanze, come stabilizzanti e lubrificanti, per conferirgli specifiche caratteristiche fisico-meccaniche allo scopo di dare le idonee caratteristiche prestazionali necessarie ai molti tipi di manufatti per la cui produzione il PVC può essere usato.

E' importante sottolineare il contributo che la filiera del PVC sta dando: all'ottenimento di prodotti ad elevata prestazione ma a costi accessibili a tutti anche in momenti di crisi economica come quello che

si sta vivendo, alla riduzione delle emissioni di gas serra, all'utilizzo di sostanze sempre più compatibili con l'ambiente e la salute, in alcuni casi anche in anticipo rispetto a quanto è e verrà richiesto dal Regolamento REACH, una volta completamente attuato, al Made in Italy, all'economia nazionale con le sue oltre 1200 aziende di produzione e trasformazione.



5

ASTA METALLICA LACCATA BIANCA



6

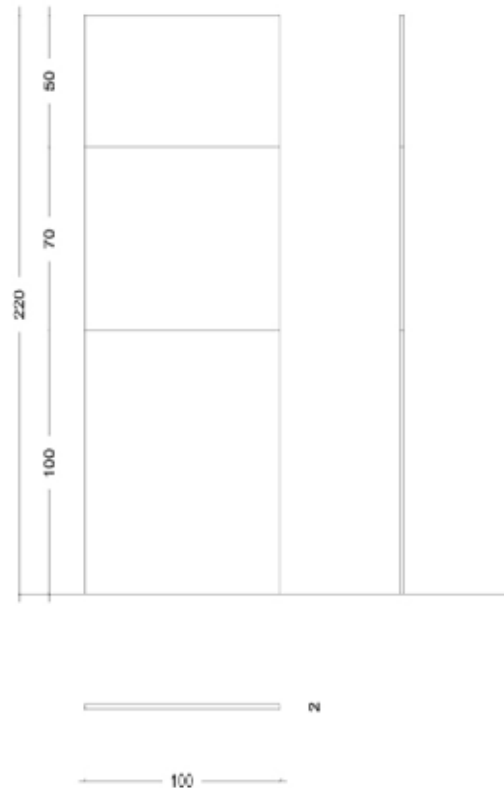
FIG.6
PARTICOLARE DEI PANNELLI NELLA
SALA 4

SCHERMI RETROPROIETTATI CON TELECAMERA

Schermo retro proiettato.
Quando non viene utilizzato nella modalità schermo si presenta come una superficie a specchio.
Viene prodotto su lastra polimerica spessore 6,0 mm., con angoli a spigolo e schermo al vivo, senza cornice trasparente o passpartout



7

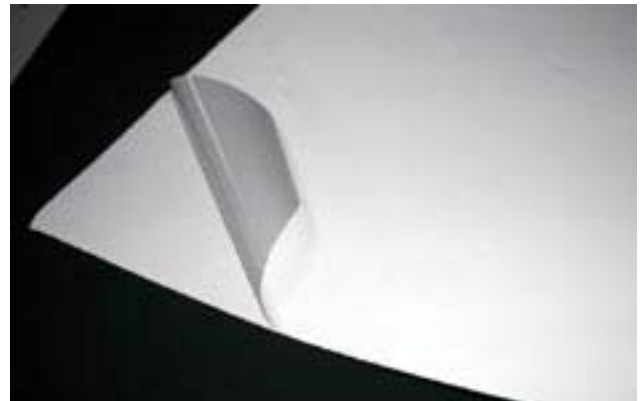


PELLICOLA PVC STAMPATA

PVC adesivo calandrato da 100 mcn di produzione europea, disponibile con finitura lucida e opaca. Adesivo acrilico a base solvente permanente, liner in PE. Ottima brillantezza ed uniformità di stampa. Resistenza alla temperatura: da -20° a + 70 ° C

Caratteristiche: Particolarmente indicato per realizzazioni di media durata (sino a 3/4 anni in uso esterno). Questo supporto è la scelta ideale per la decorazione di pannelli, insegne e tutti i lavori in piano ad un prezzo assolutamente vantaggioso

8



8

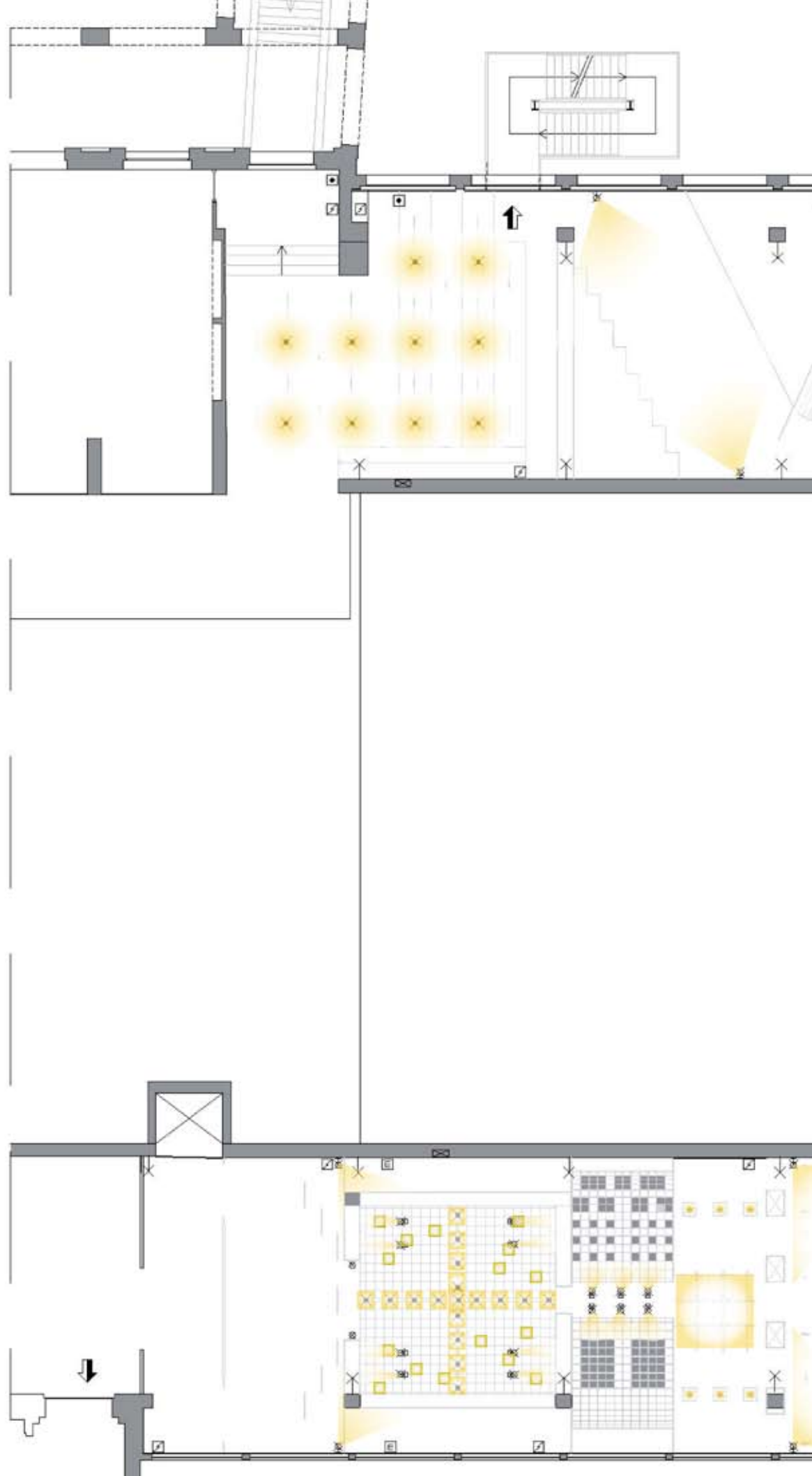
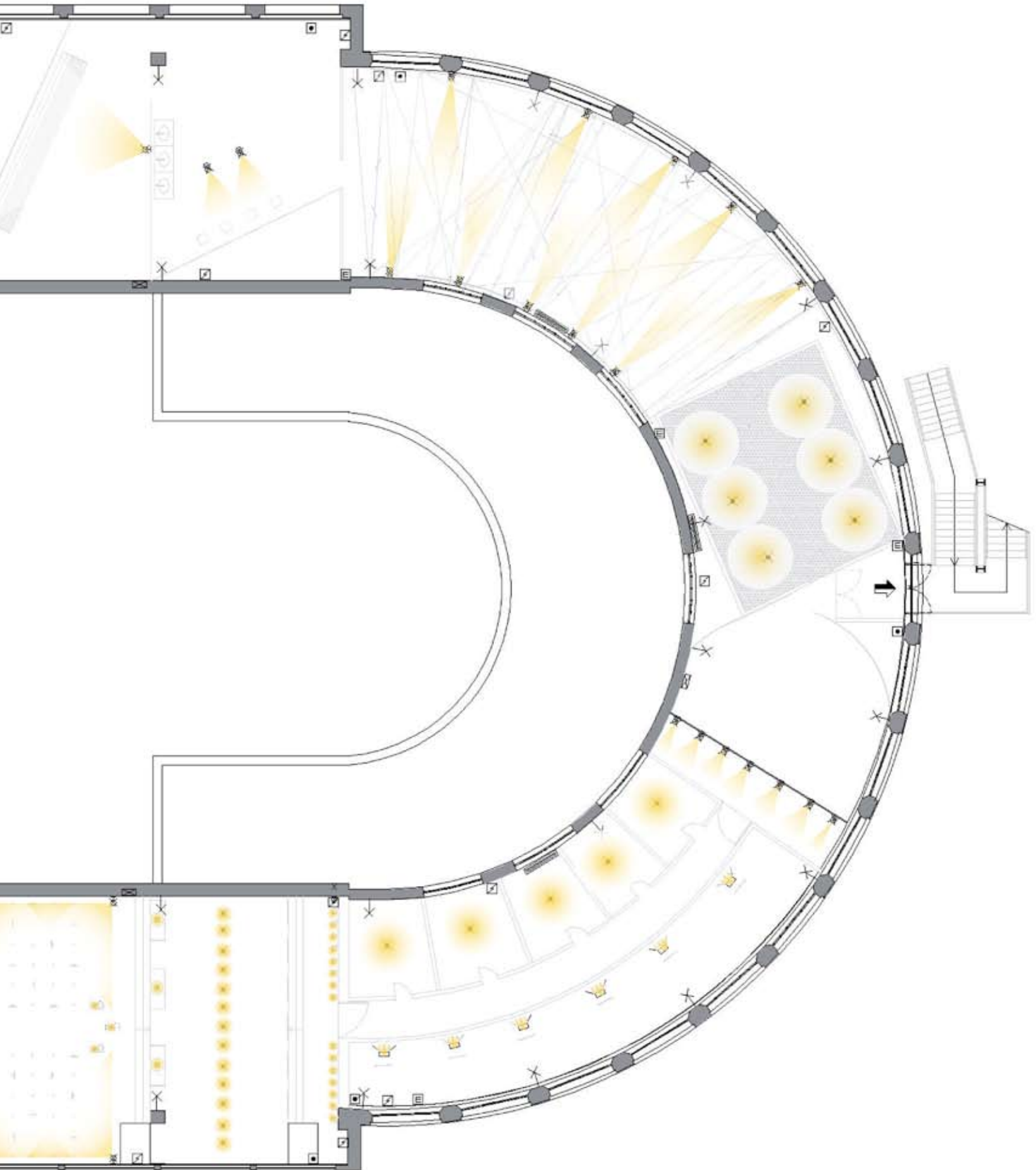


FIG.9
SCHEMA LUCI



componenti tecnici

FARETTO DIREZIONALE AD INCASSO A PAVIMENTO

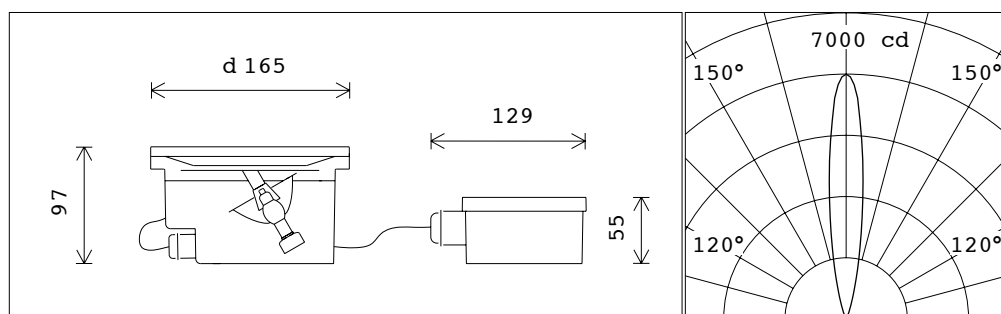
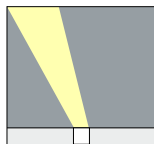
Descrizione: Riflettore argento
HITTCCE 20W PGJ5 1650lm

Corpo: fusione di alluminio anticorrosione, trattamento norinse delle superfici. Nero, verniciato a polvere a doppio strato. Cavo di collegamento, L 500mm. Supporto del portalampada orientabile da 0° a 30°, girevole di 90°. Alimentatore elettronico. Riflettore Spot: alluminio, argento anodizzato, lucido.

Cilindro antiabbagliamento: metallo.

Schermo perforato: alluminio, argento anodizzato lucido. Lente Softec.

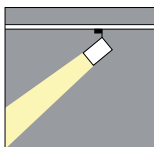
Vetro di protezione: 8mm, trasparente. Carico 5kN.



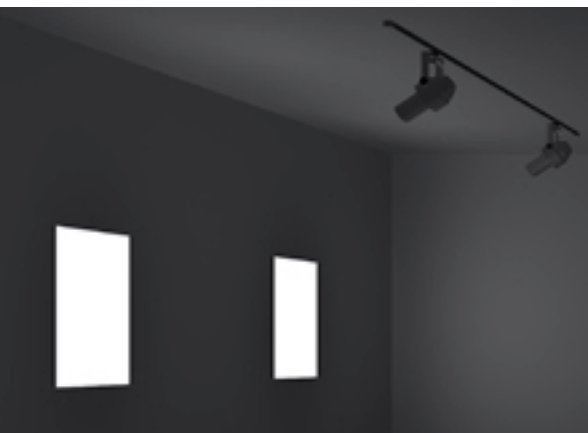
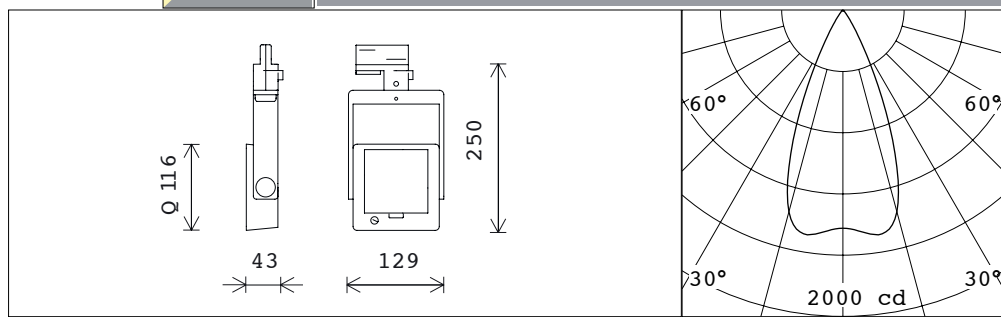
LED FARETTO QUADRATO

Descrizione: LED 14W 1080lm
5500K bianco diurno.

Corpo e staffa: fusione di alluminio, verniciata a polvere. Orientabile da 0° a 90°. Staffa girevole di 360° sull'adattatore trifase. Componentistica elettronica, dimmerabile. Potenziometro per la regolazione dell'intensità luminosa dal 10% al 100%. Modulo LED revisionabile: LED ad alta potenza su circuito stampato a nucleo metallico. Collimatore ottico in polimero ottico.



11



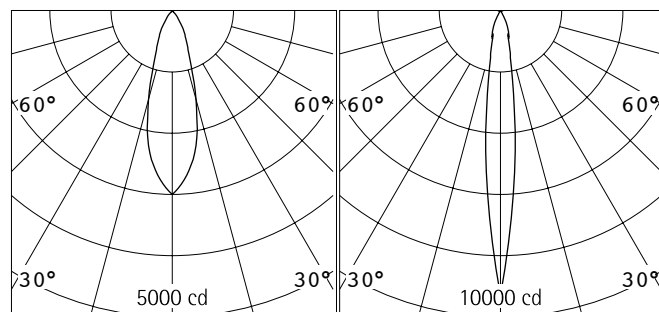
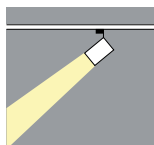
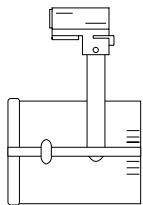
FARETTO

PER LAMPADE PAR E LAMPADE AD
INCANDESCENZA

Descrizione:

PAR38 120W 230V E27 12°
QPAR30 100W 230V E27 30°
A60 100W 230V E27 1380lm
A65 150W/m 230V E27 2220lm

Corpo: fusione di alluminio, verniciato a polvere. Orientabile da 0°/90°. Guide laterali per l'alloggiamento degli accessori. Staffa girevole di 360° sull'adattatore trifase.



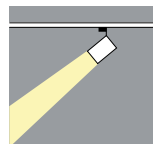
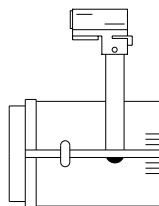
FARETTO

PER LAMPADE PAR AD
ALOGENURI METALLICI

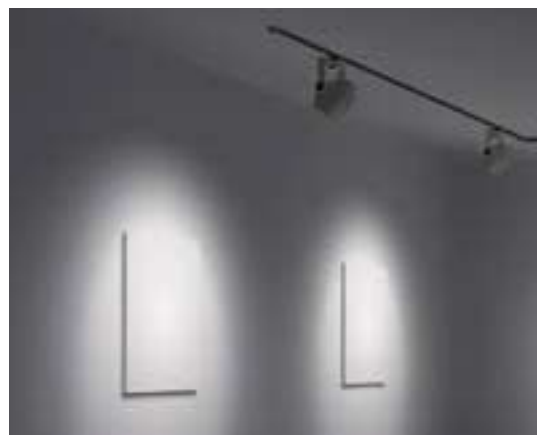
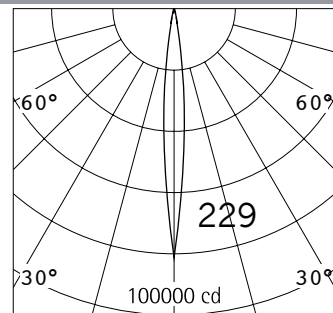
Descrizione:

HIT-CE 70 W G12 6600lm

Corpo: fusione di alluminio, verniciato a polvere. Orientabile da 0°/90°. Guide laterali per l'alloggiamento degli accessori. Staffa girevole di 360° sull'adattatore trifase.



13

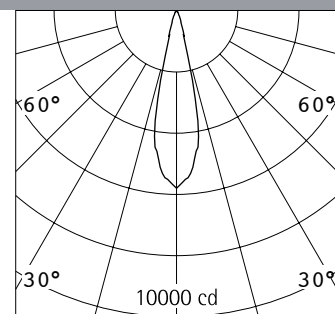
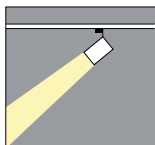
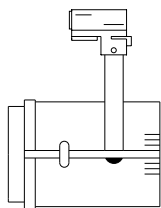


componenti tecnici

FARETTO PER LAMPADE PAR AD ALOGENURI METALLICI

Descrizione:
QR-111 50W 12V G534°

Corpo: fusione di alluminio, verniciato a polvere.
Orientabile da 0°/90°.
Guide laterali per l'alloggiamento degli accessori.
Staffa girevole di 360° sull'adattatore trifase.



BARRA LED MODULARE

15

Descrizione: numero led 36
dimensione 6x20mmx350mm
alimentazione 12v cc
tipologia led PLCC2-PLCC4



LAMPADA A SOSPENSIONE QUADRATA

Corpo: struttura quadrata in alluminio verniciato, unita ad un sistema di tubulari luminosi

Descrizione:

INCL.4 x TUBULAR 24 PC SBL
INCL.4 x CABLE SUSP. SINGLE
AUTO. 1.6m
INCL.1 x CABLE 3 x 0.75mm²
G5 / 230-240V / 50-60Hz /
2 x 2~MULTI-EVG

4 x T16HE 14W
4 x T16HO 24W

16



17

LAMPADA A SOSPENSIONE CONO

Corpo: Lampada cono a sospensione luce diretta in alluminio verniciato nel colore bianco o argento e riflettore interno nel colore bianco.

Lampadine: 1X100W E27

Design Elio Martinelli
Anno 1980
Misure ø 45 H 26 cm
Materiali Alluminio



CONSIDERAZIONI

L'eretico di Ippocrate, il pazzo di Foucault, il matto di Lombroso, l'esiliato di Basaglia, il folle dell'art brut. Lo hanno chiamato in tantissimi modi diversi nel corso degli anni, ma in fondo si è cercato solamente di dare un nome ad un qualcosa che non si riusciva o non si voleva comprendere. Ancora oggi alcuni pensieri di questa mente intricata sono a noi ignoti e non ci permettono di entrare nel mondo che consideriamo folle; un mondo che in fondo è semplicemente una logica diversa, un linguaggio nuovo, un'immagine per noi distorta, che ci incute timore e che per questo cerchiamo di scacciare. La mostra "punti di follia" cerca appunto di dare un codice per districare questo rompicapo utilizzando il racconto storico come espediente, potendo così entrare nell'universo del "diverso", passo dopo passo, senza accorgersene o almeno non prima di esserne talmente tanto immersi da non poterne più uscire e non poterne avere più così paura. In questo modo il viaggio per esplorare la mente del "pazzo" non solo ci porta ad apprendere una serie di nozioni riguardanti ciò che gli è accaduto nella storia, ma piuttosto ci permette di riuscire ad avere un nuovo punto di vista, più vicino a lui, per poter così creare una propria opinione che non sarà più distaccata e concettuale ma personale e vissuta, data da sensazioni e nuove percezioni. La domanda finale da porsi è così chiaramente "ma chi è allora il vero folle?" e la risposta, diversa per ognuno di noi sarà sempre e comunque data basandosi su un qualcosa che si potrà chiamare "esperienza", come se accettassimo finalmente che in ognuno di noi si nasconde un po' di follia..

Note
Bibliografia
Filmografia

NOTE

Follia nella Storia

Ippocrate e la Teoria umorale

- 1.Ciani, 1979
- 2.M. Alessandrini, *Immagini della follia. La follia nell'arte figurativa*, Edizioni Ma.Gi, Roma, 2002, pp. 19-21

Il Medioevo e le credenze popolari

- 1.M. Alessandrini, *Immagini della follia. La follia nell'arte figurativa*, Edizioni Ma.Gi, Roma, 2002, pp. 55-57
- 2.M. Alessandrini, *Immagini della follia. La follia nell'arte figurativa*, Edizioni Ma.Gi, Roma, 2002, p. 45
- 3.M. Alessandrini, *Immagini della follia. La follia nell'arte figurativa*, Edizioni Ma.Gi, Roma, 2002, p. 47
- 4.M. Alessandrini, *Immagini della follia. La follia nell'arte figurativa*, Edizioni Ma.Gi, Roma, 2002, pp. 103-105

L'età dell'internamento

- 1.M.Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Edizione BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 1998, p.134
- 2.M.Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Edizione BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 1998, pp.138-140
- 3.M.Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Edizione BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 1998, pp.141
- 4.M.Foucault, *Storia della follia nell'Età Classica*, Edizione BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 1998, pp.158-159

Clinica psichiatrica tra '800 e '900

- 1.Il termine «alienati» domina per tutto l'Ottocento; nel Novecento sarà sostituito da «malati di mente». Il Settecento aveva privilegiato quello di «insensati». In precedenza, a partire dal XIV secolo, era usato anche «lunatico». Nell'Ecclesiastico è scritto: «I discorsi dell'uomo pio sono sempre saggi, ma il folle cambia come la luna»
- 2.Ph.Pinel, *La Mania*, cit., p. 101.
- 3.J. Falret, *De la folie circulaire*, Bulletin de l'Académie Médicale, Paris 1854, vol. 19, p. 382; J Baillarger, *De la mélancholie avec stupeur*, Annales Médico-Psychologiques, 1853, vol. 5, p. 251.
- 4.E. Kraepelin, *Trattato di Psichiatria* (a cura di A. Tamburini), Vallardi, Milano, vol. II, p. 407
- 5.Ph. Pinel, *La Mania*, cit., vol. II, p. 76.

Approcci psicoterapeutici. Sigmund Freud

- 1.Freud, *Studi sull'isteria* Cap IV
- 2.Breuer, Freud, *Studi sull'isteria*, cit., vol I, pp. 431-432
- 3.Breuer, Freud, *Studi sull'isteria*, cit., vol I, p. 434
- 4.Anna fu la prima paziente ad essere sottoposta da Breuer al metodo catartico, fu lei stessa, divenuta in seguito sociologa, a chiamare questa terapia "talking cure", cura parlata, o cura della parola. Tale metodo venne anche definito, sempre da Anna, "chimney sweep", spazzacamino, alludendo all'effetto di una pulizia e liberazione della psiche dalla sporcizia che la bloccava.
- 5.Per transfert si intende in generale la condizione emotiva che caratterizza la relazione nei confronti dell'analista, e in senso specifico il trasferimento sulla persona dell'analista delle rappresentazioni inconsce proprie del paziente.
- 6.Il transfert dell'analista sul paziente è comunemente chiamato controtransfert.

Manicomi in Italia

- 1.Il dizionario etimologico di Carlo Battisti e Giovanni Alessio lo fa risalire al 1827. E' certamente usato nel 1849 nel Granducato di Toscana: il 5 dicembre il Governo incarica l'architetto Cappellini di restaurare villa reale dell'Ambrogiana per destinarla a manicomio
- 2.E.Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, cit., p. 739. Per il Regolamento del 17 maggio 1905 le colonie agricolo-scono considerate, agli effetti della legge, come manicomi (Art. 1).

3.E.Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, cit., p. 739.

4.Una caratteristica che rimarrà a lungo: in una descrizione del 1881 ciò che colpisce è l'elenco della strumentazione medico-scientifica di cui è dotato. Per la craniometria c'erano: craniometri diversi, il goniometro facciale metallico di Broca, quello laterale, mediano e occipitale, la sonda ottica. Per la ricerca psicométrica erano disponibili: il cronoscopio, l'apparecchio psicométrico a trasmissione, i tubi di Geissler... Una quantità di apparecchi elettrici e galvanometrici come la macchina di Stahères a corrente continua e indotta, l'apparecchio di Duboys-Reymond, la bobina di Rumkoff, il grande galvanometro di Weber. Non mancavano poi a dare l'atmosfera frenologica «un grande numero di crani d'alienati, con storia retrospettiva clinica e autoptica; numerosi cervelli di folli; diverse preparazioni microscopiche del sistema nervoso centrale». (E. Billod, *Les aliénés en Italie*, cit., pp. 179 e 211).

5.L. Anfosso, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati*, UTET, Torino 1905.

6.La legge che istituisce il manicomio del 1904 non regola queste istituzioni giudiziarie che dunque operano in modo autonomo, e tale che le modificazioni legislative relative ai manicomi comuni non toccano quelle dei manicomi giudiziari e viceversa.

Cesare Lombroso e la Fisiognomica

1.D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Einaudi, 2003, pp.23-24

2.P. Baima Bollone, *Cesare Lombroso. Il principio dell'irresponsabilità*, Editore SEI, 1992, pp.129-131

3.P. Baima Bollone, *Cesare Lombroso. Il principio dell'irresponsabilità*, Editore SEI, 1992, pp.137-139

4.P. Baima Bollone, *Cesare Lombroso. Il principio dell'irresponsabilità*, Editore SEI, 1992, pp.149-150

5.G. Colombo, *La scienza infelice. Il museo di antropologia criminale di Cesare Lombroso*, Editore Bollati Boringhieri, 2000, pp. 147-150

6.G. Colombo, *La scienza infelice. Il museo di antropologia criminale di Cesare Lombroso*, Editore Bollati Boringhieri, 2000, pp. 162-165

7.D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Einaudi, 2003, 379-383

Manicomio "lager"

La giornata del pazzo

1.L. Attenasio, M. Ciani, A. Di Gennaro, *Chi ha paura della follia? La 180 nella Scuola: roba da matti!*, Armando editore, 2009

La vita in manicomio attraverso la fotografia

7.AA.VV., *Nascita della fotografia psichiatrica*, catalogo della mostra, La Biennale, Provincia di Venezia, 1981

8.G. Colombo, *La scienza infelice*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000

9.A. Gilardi A., *Wanted!*, Paravia Bruno Mondadori Editori, Milano, 2003

10.A. Pirella, *I poteri dell'oggettivazione. In Inventario di una psichiatria*, Electa, Roma, 1981

11.S.Sontag, *Sulla fotografia, On photography. New York: Farrar, Straus and Giroux*, Einaudi, Torino, 1992

12.M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Éditions Gallimard, Paris (trad. it. Storia della follia nell'età classica. Milano: BUR, 1998), 1998

13.F. Basaglia, F. Basaglia Onagro, Introduzione. In E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1969

14.M. Colucci, P. Di Vittorio, Franco Basaglia, Paravia Bruno Mondadori Editori, Milano, 2000

15.F. De Peri, *Il medico e il folle. In Malattia e medicina*, Storia d'Italia, vol. VII, Einaudi, Torino, 1984

16.M. Foucault, op. cit.

Verso la fine dell'istituzione manicomiale

L'antipsichiatria

1.A.Italo, *Il manicomio prima e dopo. Riflessioni di uno psichiatra italiano*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2010

2.V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, editrice il Mulino, Bologna, 2009

Franco Basaglia e la Legge 180/1978

- 1.F. Basaglia, F. Ongaro, *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino, 1976
- 2.F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano, 2003
- 3.F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano, 2003
- 4.F. Basaglia, F. Ongaro, *Manicomio riparatore*, L' Unità, 1982
5. F. Basaglia, F. Ongaro, *Manicomio riparatore*, L' Unità, 1982

Un diverso punto di vista

- 1.C. Segre, *Fuori del mondo*, Einaudi, Torino, 1990, p.100.
 - 2.J. Lacan, *Discorso sulla causalità psichica. Scritti*, Einaudi, Torino, 1974, p. 170.
- La citazione prosegue: «È proprio vero che [...] Non diventa pazzo chi vuole». Ma anche che non arriva chi vuole ai rischi che avviluppa la follia» (ibidem).

L'immagine della follia nella collettività

- 1.R.Jaccard, 1980

L'altra follia

- 1.V. Andreoli, *Il linguaggio grafico della follia*, edizione BUR, Milano, 2009

Folle mente

- 1.cit.Jean Dubuffet, 1945
- 2.G. Voltolini, *Art brut: considerazioni*, a cura dell'Associazione Museo di Storia della Psichiatria San Lazzaro di Reggio Emilia

BIBLIOGRAFIA

- ALUFFI G. Dal manicomio alla famiglia, Ed. Franco Angeli, Milano, 2001
- ANDREOLI V. Il linguaggio grafico della follia, Ed. Masson Italia, Milano, 1982
- ANDREOLI V. Un secolo di follia. Da Freud alla psichiatria negli anni Duemila, Ed. Rizzoli, Milano, 1991
- ANTONUCCI G. Diario dal manicomio. Ricordi e pensieri. Collana: L'alingua. Ed. Spirali, Milano, 2006
- ATTENASIO L. , CIANI M. , DI GENNARO A. Chi ha paura della follia? La 180 nella scuola: roba da matti, Ed. Armando, Roma, 2009
- BABINI V.P. Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento, Ed. Il Mulino, 2009
- BACCARO L. , SANTI V. Dai non luoghi all'esserci-con, Storia e testimonianze del manicomio di Padova 1907-2007, Archivio di Stato di Mantova
- BAIMA BOLLONE P.L. Cesare Lombroso, ovvero il principio dell'irresponsabilità, Ed. SEI, Torino, 1992
- BANFI A. Tanto scappo lo stesso. Romanzo di una matta, Stampa alternativa/Nuovi equilibri, Viterbo, 2008
- BASAGLIA F. (a cura di) L'istituzione negata, Ed. Einaudi, Torino, 1968
- BASAGLIA F. , BASAGLIA ONGARO F. La maggioranza deviante, Ed. Einaudi, Torino, 1971
- BASAGLIA F. (a cura di) Che cos'è la psichiatria?, Ed. Einaudi, Torino, 1977
- BASAGLIA F. , BASAGLIA ONGARO F. (a cura di), Morire di Classe, la condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Giani Berengo Gardin, Ed. Gruppo Abele, Torino 1998
- BEDONI G. Visionari, Arte, Sogno, Follia in Europa, Ed. Selene, 2004
- BENASSI P. La fine dell'era manicomiale – Verso una nuova era psichiatrica, Ed. Gu.fo, Rimini, 1993
- BENASSI P. , DONATI G. , BELLOCCHI I. Aggressività, Violenza e Contenzione nella storia della Psichiatria, Ed. L'olmo, Montecchio, 2007
- BENASSI P. , BELLOCCHI I. La follia morale nella storia psichiatrica dell' Ottocento, Associazione del museo di Storia della Psichiatria San Lazzaro Reggio Emilia, 2008
- BERGOMI M. Il S. Lazzaro tra lebbra, povertà e follia, 1178-1980 : S. Lazzaro: ex padiglione Lombroso, 11-30 aprile 1980, consulenza scientifica di Giorgio Padovani; collaborazione per i laboratori scientifici di Tomasina Pecorari, Istituti Neuropsichiatrici S. Lazzaro, Reggio Emilia, 1980
- BRENOT P. Geni da legare: piccole stranezze e grandi ossessioni delle più eccelse menti della storia, Ed. Piemme, 1999
- CAGNETTA F. (a cura di) Nascita della fotografia psichiatrica, Ed. Marsilio, Venezia, 1981
- CARRI C. (a cura di) Il mio corpo, questo foglio, questo fuoco: lettere, diari, poesie dei ricoverati del San Lazzaro 1871-1896 : atti delle letture pubbliche presentate il 10 maggio 2003 presso il Centro di documentazione di storia della psichiatria, S. Sofia di Romagna : Stabilimento tipografico dei comuni, 2005.
- CIRRI M. A colloquio. Tutte le mattine al centro di salute mentale, Ed. Feltrinelli, 2009
- COLOMBO G. La scienza infelice. Il museo di Antropologia criminale di Cesare Lombroso, Ed. Boringhieri, Torino, 1975
- CONTINI G. , STRATICÒ E. Il manicomio dimenticato. Ed. Clueb, Bologna, 1988
- DE LUCA G. A casa dal manicomio, Ed. La nuova Italia scientifica, Roma, 1985
- FAVA S. La casa e l' abitare in psicopatologia, Libreria Cortina, 1984
- FERRANDO D.T. 011+ architetture made in Torino, Ed. Electa, Milano, 2008
- FOUCAULT M. La vita degli uomini infami, Ed. il Mulino, Bologna, 1994
- FOUCAULT M. Storia della follia nell'età classica (1961), Ed. Rizzoli, Milano 1963
- FRIGESSI D. Cesare Lombroso, Ed. G. Einaudi, Torino, 2003
- GAMBINI F., SCHETTINO P. L'acredine pungitiva : la follia come disturbo di natura dal Rinascimento al 1860, Ed. Tempi moderni, Napoli, 1980
- GOLDWURM G. F. Psichiatria e riforma sanitaria, Ed. Teti e C., Milano, 1979
- GIUDICE G. Un manicomio di confine. Storia del San Martino di Como, Ed. Laterza, Roma-Bari, 2009
- GUIDORIZZI G. Ai confini dell'anima. I Greci e la follia. Ed. Raffaello Cortina, 2010
- GUARNIERI L. L'atlante criminale : vita scriteriata di Cesare Lombroso, Ed. Mondadori, Milano, 2000
- ITALO A. Il manicomio prima e dopo, Ed. Giovanni Fioriti, Roma, 2010
- LALLI P. (a cura di) Immagini dal manicomio: le fotografie storiche del San Lazzaro di reggio Emilia 1892- 1936, AGE grafico-editoriale, Reggio Emilia, 1993
- LOMBROSO C. Delitto, Geni, o Follia, scritti scelti, a cura di Delia Frigessi, Ferruccio Giacanelli, Luisa Mangoni, Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- LUCIENNE P. Art Brut. The origins of outsider art, ADAGP, Paris, 2001
- LUPO E. , VARRIALE C. Il paradigma del disagio, Ed. Loffredo, 1982
- MANGIONE M.G. (a cura di) presentazione di Luisa Murar , Una filosofia dal manicomio, Helene von Druskowitz,

Ed. Riuniti, Roma, 1993.

- MORGENTHALER W. Arte e follia in Adolf Wölfli, Ed. Alet, Padova, 2007
- MOSCATI A. Deliri, Ed. Nottetempo, Roma, 2009
- NICOLA F. Lasciateci stare : narrazioni dal manicomio, Ed. Sensibili alle foglie, Dogliani(CN), 2004
- PARMIGGIANI S. (a cura di) Il volto della follia: cent'anni di immagini del dolore (Cat. della mostra tenuta a Reggio Emilia e Correggione 2005-2006), Ed. Ginevra, Milano, 2005
- PARRETTI R. (a cura di) Le mura di carta. Opere dei ricoverati dell'Ospedale Psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia 1895-1985, Ed. Verbarium, Firenze, 2005
- PIGEAUT J. La follia nell' antichità classica, Ed. Marsilio, Venezia , 1995
- REALE ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE. CLASSE DI SCIENZE MATEMATICHE E NATURALI Rendiconti, Volumi 1-2, 1864
- ROVATTI P.A. La follia in poche parole, Collana PasSaggi, Ed. Bompiani, 2000
- SAMBONET R. Roberto Sambonet_Mart, Milano
- SANDER L. GILMAN Immagini della malattia, Ed. Il Mulino, Bologna, 1993
- SAVIOZZI G. L'interruttore del buio
- SCALA A. , DE ROSA A. , MARGHERITA G. , VACCA L. , VIZIOLI R. L'immagine della follia, nella cultura popolare, nelle istituzioni, nell'arte e nella letteratura, Ed. Liguori, Napoli, 1984
- SCARTABELLATI A. L'umanità inutile: la questione follia in Italia tra fine Ottocento e inizio, Ed. Franco Angeli, 2001
- SCULL T. A. Musei della follia, Il controllo sociale della devianza, Ed. De Donato, Bari, 1983
- SEGATORI A. Oltre l'utopia basagliana, Ed. Mimesis, Milano, 2010
- SIMONETTI G. E. La funzione sociale dell' arte e la follia, Ed. deriveapprodi, Roma, 2001
- STEFANONI F. Manicomio Italia, Ed. Editori riuniti, Roma, 1998
- TRAVERSO L. , VALENTINO N. (a cura di) hanno collaborato Facioni F. , Serafini T. D'ogni dove chiusi si sta male, Ed. Sensibili alle foglie, Roma, 1996
- TUMIATI C. I tetti rossi: ricordi di manicomio, Ed. Marsilio, Venezia, 1987
- TURZIO S., VILLA R., VIOLI A. Lombroso e la fotografia, Ed. Bruno Mondadori, Milano, 2005
- VILLA R. Il deviante e i suoi segni : Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale, Ed. F. Angeli, Milano, 1985.
- VOLTOLINI G. Art brut. Considerazioni, Associazione del museo di Storia della Psichiatria San Lazzaro Reggio Emilia
- THEVOZ M. L' art brut, Ed. Skira, Geneve, 1975
- TURZIO S., VILLA R., VIOLI A. Lombroso e la fotografia, Ed. Bruno Mondadori, Milano, 2005

FILMOGRAFIA

- AGAPITO ENRICO , BONOLIS LUISA , GRECO PIETRO, I grandi della scienza del Novecento: John von Neuman
- AGOSTI SILVANO, La seconda ombra, 2000
- AVATI PUPI, Il papà di Giovanna, 2008
- BELLOCCHIO MARCO, Matti da slegare, 1975
- BERGMAN INGMAR, Come in uno specchio, 1961
- CARMELO BENE, Nostra signora dei turchi, 1968
- CARPENTER JOHN, Il seme della follia, 1995
- CELESTINI ASCANIO, La pecora nera, 2010
- FORMAN MILOS, Qualcuno volò sul nido del cuculo, 1975
- FULLER SAMUEL, Il corridoio della paura, 1963
- GIRALDI FRANCO, La città di Zeno, 1977
- GONDROY MICHAEL, L'arte del sogno, 2006
- KONCHALOVSKY ANDREI, La casa dei matti, 2002
- LOACH KEN, Family life, 1971
- MANFREDONIA GIULIO, Si può fare: da vicino nessuno è normale, 2008
- MANGOLD JAMES, Ragazze interrotte, 1999
- NAESS PETTER, Elling, 2001
- RISI NERO, Diario di una schizofrenica, 1968
- TURCO MARCO, C'era una volta la città dei matti, 2010

