

**Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti**  
Regione Toscana - Consiglio Regionale  
Società Italiana delle Storiche

Il Premio Franca Pieroni Bortolotti ha una lunga e importante storia. Nel 2014 ha raggiunto la sua XX edizione grazie al rinnovato impegno che il Consiglio Regionale della Toscana ha voluto dedicargli. In un momento storico in cui si comprende che dalle condizioni di crisi si esce con la valorizzazione dei talenti di cui la società dispone, è fondamentale che si parta da quell'immenso potenziale di capitale umano che è rappresentato dalle donne.

Questa collana offre quindi un duplice contributo: dare un'occasione alle giovani e ai giovani studiosi che intendono affermarsi nella ricerca e, al tempo stesso, diffondere al meglio il contributo che le donne hanno portato nella Storia dall'antichità ad oggi.

Daniela Lastri  
*Consigliera Regionale – Ufficio di Presidenza*

Il Premio Franca Pieroni Bortolotti, istituito nel 1990, è intitolato alla storica fiorentina (1925-1985) pioniera della storia culturale e politica del movimento di emancipazione delle donne in Italia. Questa collana, frutto della collaborazione tra la Società Italiana delle Storiche e il Consiglio regionale della Toscana, accoglie studi di giovani storiche e storici selezionati ogni anno dalla giuria del Premio. Nella preparazione dei testi per la stampa, le autrici e gli autori sono affiancati da una tutor della Società Italiana delle Storiche.

Con la pubblicazione di opere originali e importanti, il Premio Franca Pieroni Bortolotti apre alle nuove generazioni di studiosi di storia delle donne e di genere, in Italia e nel mondo, dall'antichità all'età contemporanea.

Isabelle Chabot  
*Presidente della Società Italiana delle Storiche*

## **Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti**

Consiglio Regionale della Toscana  
Società Italiana delle Storiche

### **Comitato scientifico-editoriale (2012-2014)**

Serena Ferente, Daniela Lombardi, Alessandra Pescarolo, Elisabetta Vezzosi

1. Marta Serravalle, *Arte e femminismo a Roma negli anni Settanta*, Roma, Biblink, 2013
2. Chiara Pavone, *Esserci e desiderare. Donne romane nei processi della Giunta di Stato (1799-1800)*, Roma, Biblink, 2013
3. Agnese Maria Cuccia, *Lo scrigno di famiglia. La dote a Torino nel Settecento*, Pisa, Pisa University Press, 2014
4. Martina Starnini, *Follie separate. Genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento*, Pisa, Pisa University Press, 2014

MARTINA STARNINI

## **FOLLIE SEPARATE**

**Genere e internamento manicomiale al San Niccolò  
di Siena nella seconda metà dell'Ottocento**

Starnini, Martina

Follie separate : genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento / Martina Starnini. - Pisa : Pisa university press, 2014. - (Collana del Premio Franca Pieroni Bortolotti ; 4). - Titolo sul dorso: Fu condotto invece in Pizzeria : malate e malati al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento

362.210945581

1. Ospedali psichiatrici - Siena - Sec. 19.

CIP a cura del Sistema bibliotecario dell'Università di Pisa

*In copertina*

Lorenzo Alessandri (Torino 1927 - Giaveno 2000), *Matte. Camera 24*

Olio su compensato, Pinacoteca di Lorenzo Alessandri, Torino

© Copyright 2014 by Pisa University Press srl

Società con socio unico Università di Pisa

Capitale Sociale Euro 20.000,00 i.v. - Partita IVA 02047370503

Sede legale: Lungarno Pacinotti 43/44 - 56126, Pisa

Tel. + 39 050 2212056 Fax + 39 050 2212945

e-mail: [press@unipi.it](mailto:press@unipi.it)

<http://www.pisauniversitypress.it>

ISBN 978-88-6741-463-5

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail [segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) e sito web [www.aidro.org](http://www.aidro.org)

# Indice

INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1. LA POPOLAZIONE DI UN VILLAGGIO	
1. La cosa di cui abbisognava di più il manicomio, era il manicomio medesimo	21
2. I cercatori d'oro	29
3. La pazzia guadagna ogni anno terreno	35
4. La legge e la scienza medica	39
5. Figlia di "Tanta Fame"	44
6. L'asilo dei poveri	51
CAPITOLO 2. LE FIGLIE DI EVA E I FIGLI DI ADAMO	
1. I numeri	57
2. Intollerabili e incontenibili	64
3. Spese folli	74
4. Celibato o solitudine?	77
5. Prospettive matrimoniali	86
CAPITOLO 3. UNA GRANDE MADRE PER UN GRANDE UOMO	
1. Il <i>naturale</i> sentimento	93
2. <i>The mother's malady</i>	98
3. Il naufragio delle potenze psichiche	109
CAPITOLO 4. FANTASIE E POSSESSIONI DI GENERE	
1. Possedere	119
2. Edmondo Napoleone Bonaparte Weys Di Savoia Cargnam Imperatore e Messia: la moltitudine	123
3. Agiografie di sante e regine	128
4. Le streghe son tornate!	138
5. Diavoli e taumaturghi	145
6. Verso nuove ossessioni	152
Appendice	157
Bibliografia	167



## Introduzione

Entrare nell'archivio sanitario dell'ex Ospedale Psichiatrico di San Niccolò, attualmente ospitato nei locali del vecchio Padiglione Chiarugi all'interno del villaggio manicomiale senese, significa gettare lo sguardo sull'infinita varietà umana celata dietro ai corpi e alle menti che per lungo tempo vi hanno transitato. Il materiale contenuto presso L'Archivio è vastissimo e va dalle prime cartelle cliniche conservate e risalenti agli anni quaranta dell'Ottocento, per arrivare, in termini di materiale consultabile, fino a quelle relative al periodo della Seconda Guerra Mondiale, accompagnate da documenti ufficiali relativi all'internamento e all'uscita dei pazienti e registri statistici di vario genere. Una cospicua quantità di fonti riordinate e catalogate molto recentemente, non ancora accessibili al pubblico e quasi completamente da studiare<sup>1</sup>.

La categoria di genere attraverso la quale ho scelto di guardare alla follia, alle cartelle cliniche del San Niccolò, alla storia dell'istituto e alle dinamiche fra i soggetti coinvolti in questa vicenda, nasce da interessi puramente personali per gli studi di genere, ma anche dalla constatazione della rigida separazione dei sessi su cui l'istituzione manicomiale era organizzata e che si riflette tutt'oggi nella divisione fisica dei documenti d'archivio fra quelli relativi agli uomini e quelli relativi alle donne negli scaffali e nel contenuto delle buste. Resta vero che si trova ciò che si cerca, ma scorrendo i docu-

<sup>1</sup> Notizie estrapolate dalle cartelle cliniche dell'archivio, il cui riordino, promosso in collaborazione con l'ASL 7 di Siena e la Soprintendenza Archivistica della Toscana, è stato curato dal Centro Ricerche Etnoantropologiche (C.R.E.A.) di Siena, sono contenute in alcuni saggi del volume *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozzi, Milano, 2007.

menti ci si scopre di fronte a carrellate di cartelle prima relative agli uni, poi alle altre, nelle quali non si può quasi fare a meno di notare le differenze.

Il genere e questa separazione così netta hanno d'altra parte molto a che vedere con il tema della follia e della ragione come campi contrapposti, configuratisi nel mondo occidentale a partire dall'età illuminista. La ragione di stampo illuminista del XVIII secolo infatti, in opposizione alla quale venne definendosi la follia in senso classico, era espressione, secondo un vasto filone di studi sulla mascolinità, oltre che di una visione del nuovo mondo capitalistico-borghese, di una sfera ben definita di essa: quella maschile. Si tratta di una ragione che definiva il senso stesso dell'umanità e dalla quale donne, bambini, animali, la cui esperienza difettava di ragione, vennero esclusi per essere relegati nel mondo della natura. A partire da Cartesio la ragione, unica fonte di conoscenza e facoltà indipendente e autonoma, venne nettamente contrapposta alla natura, alle emozioni, ai sentimenti, incarnati quindi dall'universo femminile<sup>2</sup>.

Secondo Foucault, tra i vari elementi che comporrebbero il dispositivo di sessualità messo a punto dal discorso razionale sul sesso del XIX secolo, avrebbe un ruolo centrale quella che definisce l'"isterizzazione" del corpo della donna. Le varie fasi di questo processo cominciano con l'analisi di un corpo saturo di sessualità e la sua integrazione nelle nuove pratiche mediche. Successivamente, questo corpo viene messo in comunicazione organica con il resto del corpo sociale attraverso la regolamentazione della fecondità femminile, con lo spazio familiare di cui è l'elemento portante, con la vita dei figli dei quali ha la responsabilità biologica. La donna nervosa del XIX secolo sarebbe l'immagine in negativo della Madre, la forma più importante di questa isterizzazione<sup>3</sup>.

La letteratura femminista ha ampliato e amplificato la riflessione foucaultiana, rintracciando nell'isteria, malattia simbolo del mondo occidentale della seconda metà del XIX secolo e costruito storico-culturale, l'espressione dei valori di una società patriarcale, di cui la classe medica psichiatrica era parte, la quale intendeva punire i comportamenti devianti femminili o in alternativa la manifestazione più o meno inconscia di una ribellione comunicata in senso fisico da parte delle donne a quella stessa opprimente

<sup>2</sup> Gli studi sulla mascolinità, o *Men's studies*, si svilupparono a partire dagli anni Settanta, dapprima negli Stati Uniti, poi in Inghilterra e Germania dai primi *men's movements*, gruppi di riflessione, suscitati dalle critiche femministe al maschilismo patriarcale. Furono la coniazione del concetto di genere come categoria interpretativa complessa e relazionale, e la conseguente implicazione che la diversità fra i sessi fosse determinata da costrutti socio-culturali, non da dati puramente biologici o antropologici, a rendere possibile l'indagine sull'interazione fra sessi come dialettica, che necessitava pertanto anche la conoscenza dell'universo maschile.

<sup>3</sup> M. Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Milano, 1985 [1976], pp. 92-93.



società. La malattia mentale nelle teorizzazioni ottocentesche sarebbe perciò soprattutto una *female malady* attribuita a una donna i cui nervi erano sempre pronti a essere sovraeccitati<sup>4</sup>. Una contraddizione che è stata fortemente criticata dagli studi successivi, i quali, attraverso ricerche in un'ottica di genere intesa come categoria interpretativa complessa e relazionale, con la conseguente implicazione che la diversità fra i sessi sia determinata da costrutti socio-culturali<sup>5</sup>, prendendo in considerazione uomini e donne, hanno in gran parte smentito la visione di una malattia del tutto connotata in senso femminile, così come la presunta maggioranza di donne internate nelle strutture manicomiali pubbliche e in quelle di cura private caratterizzante del XIX secolo. In Italia non esistono a oggi degli studi di genere completamente dedicati che, partendo da un'ottica comparativa esaminino l'internamento manicomiale femminile e maschile. Esistono piuttosto lavori di storia delle donne, come viene dichiarato dalla stessa Giovanna Fiume nell'introduzione al numero monografico della rivista "Genesis" del 2003, *Manie*, le cui autrici hanno svolto alcune ricerche, con interessanti deduzioni, concentrandosi sugli aspetti femminili dell'internamento manicomiale e della storia della psichiatria<sup>6</sup>. Il criterio che ho seguito nella ricerca si basa invece, in un'ottica comparativa, sulla problematizzazione di alcune deduzioni mutate in gran parte dalla storiografia anglosassone, femminista e non, poste in relazione al contesto manicomiale esaminato.

Una seconda riflessione introduttiva riguarda il tipo di fonte utilizzata e, contemporaneamente, l'approccio teorico e storiografico adottato.

Gli studi sulla storia della follia in Italia si sono inizialmente concentrati, attraverso un approccio soprattutto impegnato, sulla storia delle istituzioni che della malattia mentale e della sua gestione erano stati i segni tangibili, ossia le strutture manicomiali. Le ricerche conobbero infatti una vera e pro-

<sup>4</sup> La coniazione del termine *female malady*, ormai divenuta di riferimento, è di E. Showalter, *The female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, London, 1987, pp. 308. Per la discussione su alcuni dei più importanti assunti della letteratura femminista sulla malattia mentale, soprattutto nel mondo anglosassone, cfr. J. Busfield, *Men, Women and Madness: understanding Gender and Mental Disorder*, London, 1996; Id., *Mental Illness as Social Product or Social Construct: a Contradiction in Feminists' Arguments?*, in "Sociology of Health and Illness", 10 (1988), pp. 521-542; J. Harsin, *Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France*, in "French Historical Studies", 4 (1992), pp. 1048-1070; L. Bondi, E. Burman, *Women and Mental Health: A Feminist Review*, in "Feminist Review", 68 (2001), pp. 6-33; L. Hirshbein, *Sex and Gender in Psychiatry: A View from History*, in "Journal of Medical Humanities", 2 (2010), pp. 155-170.

<sup>5</sup> Qui il riferimento d'obbligo è al saggio di J. Scott, *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, in "American Historical Review", 5 (1986), pp. 1053-75; trad. it. J. Scott, *Il genere: un'utile categoria di analisi storica*, in *Genere, politica, storia*, a cura di I. Fazio, Roma, 2013, pp. 31-63.

<sup>6</sup> Si tratta del numero 1 del 2003. G. Fiume, *Introduzione*, in "Genesis", 1 (2003), pp. 5-16, p. 5.

pria fioritura durante il lungo dibattito sulla messa in discussione e riforma di tali istituti che, a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, portò alla promulgazione della legge 180 del 1978; una stagione molto intensa si prolungò nel corso degli anni Ottanta, per poi attraversare un “silenzio ventennale”<sup>7</sup>. Nel corso degli ultimi anni, grazie all’interesse crescente verso il contenuto degli archivi manicomiali e il loro riordino, un ritrovato interesse ha investito il campo della ricerca sulla malattia mentale<sup>8</sup>, facendo delle cartelle cliniche un documento di ricerca privilegiato e tralasciando gli studi più prettamente incentrati sulla storia delle istituzioni, nonché in parte il riferimento paradigmatico alla critica epistemologica basagliana e alle teorie foucaultiane, che pure hanno contribuito a storicizzare la malattia mentale.

Le scelte delle due serie temporali di cartelle cliniche da analizzare, quelle del 1880 e del 1889, degli uomini e delle donne internati, per un totale di ca. 500 cartelle, i cui dati ho integrato con le notizie deducibili dai registri statistici compilati negli stessi anni, nonché da alcune pubblicazioni scientifiche dell’epoca, è dipesa sostanzialmente dall’incompletezza delle serie per gli anni precedenti<sup>9</sup>. Fu a partire dal 1880 che il neo-direttore dell’istituto, il prof. Paolo Funaioli, promosse una redazione più dettagliata delle cartelle e la schedatura accurata dei pazienti in entrata. Le cartelle cliniche, simbolo di medicalizzazione della follia, conobbero effettivamente un periodo particolarmente florido a partire dalla metà dell’Ottocento per divenire sempre più ricche e accurate sul finire del secolo<sup>10</sup>. Quelle utilizzate al San Niccolò erano all’epoca così strutturate: una prima pagina sulla quale veniva annotato il numero progressivo della nosografia e il numero della “modula informativa” corrispondente, a cui seguivano i dati anagrafici del paziente, l’anamnesi della malattia prima dell’arrivo in manicomio e una sezione dedicata alla descrizione dei caratteri fisici, ossia l’esame somatico.

<sup>7</sup> L’espressione è tratta dall’introduzione di F. Cassata, M. Moraglio al dossier *Ci sarà una festa. Per una storia sociale della psichiatria*, in “L’indice dei libri del mese”, 6 (giugno 2003), p. I.

<sup>8</sup> Per uno sguardo completo sulla letteratura pubblicata in Italia nell’ultimo ventennio di storia della follia cfr. M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana (1991-2010)*, Firenze, 2010. Il lavoro prosegue quello precedentemente redatto da P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Firenze, 1991. Inoltre il progetto Carte da Legare, promosso e finanziato dal Ministero dei Beni Culturali per salvaguardare il patrimonio degli archivi manicomiali e renderlo maggiormente fruibile, possiede un sito con il censimento di tutti gli archivi ordinati all’indirizzo <http://cartedalegare.filosofia.sns.it/index.php?id=8>.

<sup>9</sup> Di tutto il periodo di direzione di Carlo Livi, che va dal 1858 al 1874, ad esempio, rimangono soltanto circa 200 cartelle conservate su un totale di 2132 pazienti entrati al San Niccolò in quegli anni.

<sup>10</sup> V. Fiorino, *La cartella clinica: un’utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, E. Landini, E.M. Passalia, Genova, 2010, pp. 51-69.

La seconda pagina si apriva con i dati della craniometria, seguiti da informazioni sulla funzionalità degli organi corrispondenti al petto e all'addome e da esami sulla funzionalità fisica del paziente (polso, temperatura corporea, respiro, sonno, nutrizione, digestione, secrezioni). Infine venivano indicati i dati relativi alla sensibilità e alla motilità corporee. L'ultima parte predefinita, quella dell'esame psichico, prevedeva la verifica delle facoltà mentali: loquela, attenzione, memoria, associazione, ideazione, sentimenti, volontà, istinti, nonché, in molti casi, una dettagliata storia del decorso della malattia. Dopo questo esame, redatto a pochi giorni dal ricovero, iniziava il diario periodicamente aggiornato della degenza del paziente fino alla morte, dimissione o trasferimento presso altra istituzione o manicomio.

I dati che se ne possono ricavare sono di diverso tipo. Oltre a quelli meramente statistici, in realtà in gran parte deducibili anche dai dettagliatissimi registri di complemento conservati presso l'archivio, quando non dalle diffusissime statistiche manicomiali elaborate dagli psichiatri stessi per i resoconti dell'attività ospedaliera, ciò che emerge con maggior forza sono i vissuti dei malati fuori e, in misura assai minore, dentro l'istituto. Vissuti trascritti attraverso l'impostazione predefinita della cartella, lo sguardo, le interrogazioni, le trascrizioni fortemente mediate dello psichiatra. Le narrazioni dei pazienti formano in tal modo una specie di piccola biografia, un'"apologia del malato"<sup>11</sup> come la definisce Goffman, elaborata dal medico per rintracciare i prodromi della malattia mentale e il suo successivo sviluppo, fino a giungere al climax dell'internamento e quindi dell'iscrizione ad una delle patologie riconosciute. Questo chiarisce in primo luogo il perché il racconto della vita e della follia dei pazienti sia in gran parte dedotto dalle informazioni anamnestiche e da quelle contenute nell'esame psichico, spesso esteso e dettagliato, che determinavano la prima valutazione dei pazienti all'entrata. Si ricercavano con insistenza, nella vita dei ricoverati e nell'ambiente dal quale provenivano, le cause della follia. Più scarna e standardizzata è l'informazione successiva relativa alla degenza, dove veniva annotato l'andamento, più che della malattia, del comportamento dei pazienti e del loro adattamento alla vita in istituto, oltre alle eventuali malattie corporee. Per questo motivo, anche la trattazione risulta fortemente sbilanciata verso l'analisi delle dinamiche dell'internamento che determinavano l'ingresso in manicomio, e degli elementi che connotavano la vita dei pazienti fuori dall'istituto.

Sotto un altro punto di vista, è quasi del tutto assente in questi vissuti, tranne quando viene presentata in maniera strumentale come contraltare a dimostrazione dell'insorgenza della patologia, la componente positiva della

<sup>11</sup> E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, 1968 [1961], p. 183.

vita di queste persone. Molto banalmente, ad esempio, quando troviamo scritto in merito ai sentimenti affettivi, a quelli religiosi, che “non presentano nulla di rimarchevole”, cosa significa? I quesiti ai quali venivano sottoposti i pazienti erano inoltre standardizzati in un interrogatorio che si svolgeva sempre allo stesso modo.

Il racconto della follia che ne emerge è pertanto costruito per opposizioni rispetto a modelli comportamentali ritenuti socialmente condivisi e condivisibili e rispetto alla ragione. Le serie di cartelle cliniche hanno tuttavia l'enorme vantaggio, rispetto alla letteratura pubblicata dagli psichiatri fatta di *case studies*, di non essere una selezione di storie esemplari e meritevoli di essere condivise con la comunità scientifica perché rispondenti a tutti i crismi di una determinata patologia mentale.

In secondo luogo, la cartella non testimonia soltanto l'incontro fra lo psichiatra e il paziente. Prima che i futuri ricoverati arrivassero in manicomio, le informazioni sull'anamnesi della malattia e sulla loro vita, spesso narrate dalle famiglie e dalle comunità a cui essi appartenevano, erano dedotte dagli incaricati di raccogliere notizie, fossero essi medici condotti o operanti presso le strutture ospedaliere generali di prima accoglienza del paziente, oppure autorità di pubblica sicurezza. Il contenuto delle cartelle risulta perciò una commistione di narrazioni provenienti da contesti culturali, comunitari ed istituzionali molto diversi, che si intrecciano con quello dello psichiatra e quello del paziente, riflettendo codici normativi, comportamentali, culturali e rappresentazioni divergenti o sincretiche rispetto alla malattia mentale. Un racconto che non è sempre facile scindere nelle sue diverse componenti, che costituisce una messa in scena della follia situata nel tempo e nello spazio in cui diversi autori concorrono a intrecciarne trama e ordito.

Il sapere/potere<sup>12</sup> della classe psichiatrica, che certamente si riflette nella compilazione delle cartelle cliniche in un rapporto di forza iniquo rispetto ai pazienti, indotti a rispondere dalle domande prestabilite del medico, non va tuttavia letto esclusivamente nei rigidi termini di un discorso standardizzato che prevede soltanto una “norma” e una “deviazione”.

L'interpretazione della categoria del controllo sociale in maniera molto stretta, come dispositivo di repressione, divieto, sanzione, è stata in passato utilizzata per collegare la storia della follia a quella del disciplinamento

<sup>12</sup> Mi riferisco qui ovviamente al meccanismo relazionale fra potere e sapere di Foucault: “il potere produce sapere (e non semplicemente favorendolo perché lo serve, o applicandolo perché è utile); potere e sapere si implicano l'un l'altro; non esiste relazione di potere senza correlativa costruzione di un campo di sapere, né di sapere che non supponga e non costituisca allo stesso tempo relazioni di potere”. M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, 1976 [1975], p. 31.

del corpo sociale e dell'espropriazione di libertà nei confronti delle classi subalterne<sup>13</sup>. Lo stesso Foucault, i cui concetti sono stati probabilmente fin troppo banalizzati, avvertiva tuttavia che "il potere non è mai ciò che qualcuno detiene o che da qualcuno promana. Il potere non appartiene né a qualcuno in particolare né a un gruppo; il potere esiste solo perché esistono dispersioni, correlazioni, scambi, reti, punti d'appoggio reciproci, differenze di potenziale, scarti e così via"<sup>14</sup>. Per Foucault, quello della nascita della psichiatria nel corso del XVIII e XIX secolo, della medicalizzazione della follia, era un processo complesso, che coinvolgeva i soggetti agenti e i soggetti agiti in uno sviluppo, oltre che di produzione del sapere, di assimilazione percepita nei corpi, che ha semmai la pecca di essere proposto come qualcosa che sembra promanare esclusivamente dall'alto.

Grazie all'apporto di contributi antropologici e sociologici si tende oggi a sottolineare come il controllo sociale preveda anche un'interazione fra i soggetti che vi sono coinvolti e non soltanto un'azione repressiva delle classi dominanti su quelle subalterne. I sistemi culturali dominanti vengono infatti trasmessi e costruiti attraverso processi di inculturazione che non implicano soltanto un adattamento esteriore del soggetto da reprimere e disciplinare, ma passaggio, scambio e dialogo, senza sottovalutare il fondamentale apporto dal basso. Gli studi di Erving Goffman hanno ad esempio messo in luce in maniera dettagliata come i processi di costruzione del sé, della propria identità individuale, si intreccino con le dinamiche di quelle che lui definisce *istituzioni sociali totali*, nelle quali rientrano i manicomi, producendo soggetti devianti attraverso una serie di meccanismi di mutuo riconoscimento della condizione di malato mentale o internato da parte della gerarchia medica e del paziente. Una volta acquisita l'etichetta di "matto", soggetto indigente, il ricoverato può identificarsi con tali definizioni e divenire successivamente agente, e non mero agito, nelle procedure di ricovero, nella vita all'interno dell'istituto, in un'interazione fra controllo imposto dall'alto e spinta dal basso dei singoli e dei gruppi di appartenenza a cui essi afferiscono<sup>15</sup>. Si tratta di quello che Ian Hacking definisce efficacemente come "looping effect"<sup>16</sup>. Ancora più convincente da un punto di vista storiografico appare proprio la proposta di Hacking che, riflettendo sulla comparsa/scomparsa di determinate categorie nosografiche in psichiatria propone di leggere la storicità

<sup>13</sup> Per una disamina sull'evoluzione del concetto di controllo sociale e i suoi usi storiografici e sociologici, soprattutto in relazione alla storia della follia, il riferimento è a V. Fiorino, *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in "Storica", 13 (1999), pp. 125-157.

<sup>14</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, 2004 [2003], p. 16.

<sup>15</sup> E. Goffman, *Asylums*, cit.

<sup>16</sup> I. Hacking, *The Social Construction of What?*, Cambridge, 1999, p. 104.

della malattia mentale non come mero costruito sociale, né soltanto come operazione repressiva, ma piuttosto, metaforicamente, come l'insorgenza e la sopravvivenza di una "specie" in una "nicchia ecologica", che rimanda ad una ricca bio-complessità. La metafora è calzante: "è necessaria una combinazione eccezionalmente complessa di circostanze perché una particolare specie possa venire alla luce in un *habitat*"<sup>17</sup>. L'*habitat* storiografico è pertanto costituito da una serie di circostanze che comprendono elementi sociali, culturali, medici, diversi "vettori"<sup>18</sup> che permettono che un determinato fenomeno si sviluppi o, al contrario muoia. Hacking non rifiuta le teorizzazioni foucaultiane, ma precisa che se "il linguaggio ha molto a che vedere con la formazione di una nicchia ecologica", "altrettanto si può dire di quello che la gente fa, dice, come vive, del più vasto mondo dell'esistenza materiale che essi conducono. Questo mondo deve essere descritto in ogni più piccolo e specifico dettaglio". La complessità caratteristica di questa metafora permette di "non fissarsi solo su una cosa, non solo sul discorso, non solo sulla biologia"<sup>19</sup>. Nel caso delle malattie mentali inoltre, la "polarità culturale" che determina quali comportamenti siano ritenuti socialmente buoni o cattivi a seconda del contesto, riveste una grande importanza fra i vettori<sup>20</sup>. La prospettiva risulta ancora più interessante poiché mi sembra che la polarità culturale chiamata in causa per le malattie mentali possa tranquillamente essere mutuata in funzione dello studio di genere e dei modelli storicamente determinati ad esso collegati. La normatività della psichiatria si incrocia con la normatività dei modelli di *gender*.

Muovendomi in base a queste premesse teoriche nel quadro storiografico di una ricerca sulla follia/psichiatria sempre maggiormente orientata a comprendere le relazioni che passavano fra le istituzioni, la politica, la classe medica psichiatrica, gli internati, le famiglie e le comunità da cui essi provenivano, diversificate a seconda dei contesti, e gli interessi e le visioni che ognuno di tali soggetti rappresentava, si è reso prima di tutto necessario tornare a riflettere sulla storia dell'istituzione manicomiale senese.

Adottando una visione più ampia e d'insieme, meno rigidamente incentrata sulla questione della risposta istituzionale ad un problema sociale, si può infatti ricontestualizzare l'epoca delle grandi costruzioni manicomiali della seconda metà dell'Ottocento in Italia. Si scopre così, innanzitutto la lunga storia della tradizione assistenziale e medica nella Toscana in generale e nella città senese a partire da un primo *spedaletto* che, sotto la direzione di un medico e dell'Ospedale di Santa Maria della Scala, si era preso

<sup>17</sup> I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, 2000 [1998], p. 67.

<sup>18</sup> *Ivi*, pp. 94-95.

<sup>19</sup> *Ivi*, pp. 98-99.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

in carico i pazzi della città dal 1762. Riconsiderando poi l'Ottocento come secolo caratterizzato dalla costruzione dei nuovi e moderni manicomi appare abbastanza chiaro come il grande aumento dei ricoverati presso l'istituto di San Niccolò a Siena, come in tutte le strutture sorte nel neonato Regno d'Italia, che attira le prime attenzioni, non rispose soltanto a una serie di emergenze assistenziali. Esso fu dovuto in parte alla volontà e all'azione di una neonata classe psichiatrica che nel nuovo stato italiano andava cercando da un lato credibilità scientifica e affermazione, dall'altro partecipazione alla storia di un paese. Una volta ottenuta la costruzione di nuove grandiose strutture, la loro esistenza andava giustificata con la presenza dei pazienti, che sempre più spesso vennero inviati dagli ospedali civili e dai medici, così come dai comuni e dalle famiglie, in cerca di soluzione al problema dei malati, in un circolo in cui l'offerta fomentava la domanda. Le istituzioni statali, in questo caso le Provincie, alle quali spettò l'onere del costosissimo mantenimento degli internati indigenti, furono in fin dei conti spettatrici e finanziatrici di un processo che poco avevano contribuito a innescare. In tale circostanza, che aveva condotto, oltre che all'aumento dei pazienti, alla cronicizzazione della malattia mentale di gran parte di essi, queste intervennero cercando il dialogo con altre istituzioni assistenziali meno onerose, come i Ricoveri di Mendicità presso i quali furono inviati, a partire dagli anni Ottanta, parte dei malati cronici, anziani e tranquilli, e sistemi alternativi al manicomio come la custodia domestica sussidiata. Sistemi che videro l'opposizione netta dei medici del San Niccolò, primo fra tutti il direttore Funaioli. Allo stesso modo, ne emerge una parte attiva dei soggetti interessati dall'internamento e della famiglia di appartenenza, talvolta preferibile a una vita trascorsa nella solitudine e nella miseria.

Cercare di scandagliare a fondo tutte le dinamiche dell'internamento e i punti di vista dei vari soggetti coinvolti, mettendo in luce dei meccanismi interstiziali di sfruttamento e/o adattamento rispetto all'istituzione manicomiale, non significa cancellare il fatto che per la maggior parte di coloro che subirono l'internamento, uomini, donne, bambini e bambine, esso rappresentò un'esperienza traumatica, tragica e totalizzante, lesiva di diritti e libertà, ma soltanto sottolineare la realtà dei margini di operazione e manipolazione di un'istituzione.

Un primo sguardo ai numeri dell'internamento permette inoltre di constatare come, a Siena e nel resto d'Italia, gli uomini fossero costantemente in maggioranza rispetto alle donne fra i pazienti che entravano negli istituti; dato al quale si può rispondere considerando i motivi che spingevano famiglie e autorità a usufruire della possibilità del ricovero. Se la follia delle donne si esprimeva tutta, o in gran parte, all'interno dell'ambito domestico nel quale esse erano relegate, risultando quindi più facilmente occultabile e tollerabile, quella degli uomini esondava e si riversava nello spazio pub-

blico al quale essi avevano accesso, connotandosi in termini più violenti e creando più problemi di ordine pubblico. Per questo motivo ho definito le donne intollerabili e gli uomini incontenibili nella manifestazione del loro disturbo. Il carattere “sociopatico” della malattia mentale maschile del quale ci parla Phillys Chesler<sup>21</sup> appare in tutta la sua evidenza, facendo talvolta risultare quasi futili i motivi di internamento femminile, ma mostrando altresì come la micro-criminalità e i comportamenti smisurati, scandalosi e violenti non mettessero gli uomini al riparo da uno stigma sociale e dall’inquadramento dei loro comportamenti in categorie patologiche. La trasgressione di regole normative si rivela parte integrante dei soggetti femminili come di quelli maschili. Gli uomini non sfuggivano all’imperativo della socializzazione di alcune convenzioni con le quali dovevano confrontarsi e di fronte alle quali erano considerati inadeguati. Di più, la gestione da parte degli uomini della sfera economica dei nuclei familiari, fossero essi poveri o ricchi, li esponeva maggiormente al ricovero qualora le famiglie si sentissero minacciate nella sopravvivenza dai comportamenti inadeguati dovuti alla malattia mentale, che portavano alla perdita del lavoro, alle spese smodate, al vizio del gioco e la dilapidazione di capitali nel caso dei benestanti.

Di fronte alla volontà di famiglie e istituzioni, la classe medica appare quasi un fantoccio che avalla le decisioni altrui. Probabilmente con lo scopo di giustificare le proprie pretese di curabilità della malattia, di gestione *in toto* di essa e la costruzione di mastodontici edifici pronti a ricevere un gran numero di malati, non usarono quasi mai un importantissimo strumento a loro disposizione, che avrebbe potuto fare la differenza da un punto di vista di genere nella dinamica dell’internamento: quello di dichiarare i pazienti come non alienati.

Tuttavia, non si può non notare come lo scarto da un punto di vista di genere, in termini di numeri, subisca un notevole cambiamento se dai pazienti in entrata si sposta lo sguardo a quello degli esistenti alla fine dell’anno. In base a questo dato si può sostanzialmente avallare la teoria di una maggiore *cronicizzazione* della malattia delle donne, non tanto rispondente a un abbandono più consueto delle stesse al loro destino di internate, quanto alla loro maggiore longevità e alla maggiore frequenza con la quale gli uomini, a causa di alcune malattie, trovavano la morte all’interno dell’istituto in breve tempo.

Le differenze di genere non si esauriscono nei dati numerici degli internamenti, ma coinvolgono altri aspetti fondamentali della vita dei pazienti. Ad esempio, come spiegare la lampante maggioranza di celibato maschile rispetto a quello femminile? La sociopatia dei comportamenti maschili

<sup>21</sup> P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Torino, 1977 [1972].



non basta a giustificare la grande quantità di scapoli che arrivavano al San Niccolò, coinvolti in un meccanismo di regolazione inerente al contesto sociale e storico dal quale essi provenivano: quello rurale e mezzadrile. In questa realtà, di fronte a un modello di famiglia estesa e a residenza patrilocale, celibato e, in minor misura nubilato, vennero utilizzati come una prerogativa utile al controllo del numero di persone appartenenti al nucleo familiare e in grado di sopravvivere nell'economia aziendale del podere o degli appezzamenti a disposizione. Gli uomini aspettavano così il proprio turno o prendevano le redini della famiglia, mentre le donne aspettavano fino a che la loro età un po' troppo avanzata non le escludeva dal mercato matrimoniale, andando a lavorare spesso come domestiche anche in città. I soggetti ammalati e improduttivi rimasti scapoli tendevano ad essere maggiormente espulsi dal nucleo familiare. Il nubilato femminile che in gran parte coinvolgeva giovani e meno giovani donne provenienti dal contesto cittadino ci conferma invece come la solitudine delle donne, in mancanza di reti di protezione familiare, fosse un discrimine e una ragione del loro internamento, corroborato dall'alto numero di vedove ricoverate.

Il matrimonio e la vita familiare appaiono del resto obiettivi molto importanti della vita dei pazienti, sia uomini che donne, talvolta disillusi, talvolta disattesi, talvolta distrutti, spesso causa di disagio psichico, anche se con sfumature di genere diverse.

La disamina di alcune patologie a caratterizzazione femminile o maschile permette inoltre di analizzare a tutto tondo quali fossero le differenze di genere relative alla tipizzazione delle malattie mentali. In questo periodo si facevano strada anche nel manicomio senese malattie femminili come l'isteria e la frenosi puerperale, alla quale venne data un'attenzione inedita nel corso degli anni Ottanta dell'Ottocento. Si scoprivano così le madri malate, il culmine dell'aberrazione. Stessa e altra faccia della medaglia rispetto alla Grande Madre pilastro dell'intera società in quanto generatrice e oramai, teoricamente, unica detentrica delle responsabilità di cura verso la prole dell'umanità. Un essere desessualizzato e biologizzato nelle sue funzioni materne dalla teoria della separazione dei ruoli e dei sessi di stampo borghese, oggetto di controllo nei comportamenti e stigmatizzata negli errori quanto mai prima. In tale contesto, le madri nubili o coloro che rifiutavano il proprio portato vennero considerate, come suggerisce Giovanna Fiume, "madri snaturate"<sup>22</sup>. Nella prassi di internamento manicomiale le pazienti del San Niccolò rivelano una realtà e un approccio alla maternità, così come ai propri doveri di mogli e lavoratrici, in cui era la fatica delle gravidanze, del parto, del lavoro in campagna e fuori casa, della famiglia a farla da pa-

<sup>22</sup> G. Fiume, "Madri snaturate". *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri: storia di un ruolo sociale*, a cura di G. Fiume, Venezia, 1995.

drona. Una malattia la cui storia sarebbe da seguire fino ai giorni nostri, in cui le depressioni e le psicosi *post-partum* legate all'immaginario materno giocano ancora un ruolo importantissimo fra i disturbi mentali.

Al tempo stesso, una patologia gravissima, causa di una mortalità maschile molto alta all'interno del manicomio, si pose all'attenzione della classe medica: la paralisi generale, o frenosi paralitica, le cui cause non erano ancora del tutto chiare agli alienisti e che conduceva i pazienti alla demenza, all'immobilità fisica, infine alla morte. Gli psichiatri, uomini, si trovavano così impotenti di fronte ad altri uomini. Le cause fisiche di tale sventura risiedevano in due malattie caratteristiche della componente maschile, ma che vennero affrontate con un certo imbarazzo anche dalla classe medica psichiatrica: l'alcolismo e la sifilide. Le istituzioni statali, assalendo il problema della malattia venerea dal punto di vista della prostituzione, additando le meretrici come unica causa della diffusione virale, e gli psichiatri evitando un discorso che avrebbe preteso un giudizio morale in parte condiviso, ma troppo ferreo sui comportamenti sessuali maschili, si dimostrarono ben poco lungimiranti.

In ultima istanza ho cercato di analizzare più da vicino le narrazioni relative alle fantasie e ai deliri dei pazienti, quella parte del racconto della follia in cui maggiormente traspare l'auto-percezione del disagio psicologico da parte dei pazienti, anch'essi fortemente connotati da un punto di vista di genere. Le pazienti facevano riferimento, ancora una volta, al desiderio di realizzazione matrimoniale, altrimenti rimpiazzato da un'aspirazione che, fomentata da un contesto storico in cui le donne furono le protagoniste della devozione cattolica, si esprimeva sul piano religioso attraverso l'ambizione al sacerdozio mistico della monacazione, alla votazione a Dio o alla vita da Sante che credevano di vivere.

Di tutt'altra entità le aspirazioni maschili, le quali si esprimevano quasi interamente nella speranza di gloria terrena. Titoli nobiliari, possesso di beni, professioni ambite, ne segnavano la fantastica realizzazione personale, nella quale la necessità di figure femminili era ben poco sentita.

Così come diverse risultano le paure e le spiegazioni che i pazienti adducevano, che affondavano le proprie radici nella tradizione culturale popolare e rurale toscana e italiana in genere. Le angosce degli uomini si popolavano di temutissime streghe, quelle delle donne erano maggiormente connotate da possessioni diaboliche, in un gioco di speculare conflitto fra generi del tutto sottovalutato dai medici, i quali consideravano e schedavano frettolosamente come deliri e allucinazioni gran parte delle manifestazioni afferenti all'immaginario individuale e collettivo dei pazienti. I piani di comprensione di se stessi si trovavano faccia a faccia con quelli dei medici, in un incontro/scontro fra culture.

Il genere e la malattia psichiatrica, entrambi due categorie relazionali, storicamente determinate e culturalmente influenzate, si intrecciano com-

ponendo un quadro cromaticamente caratterizzato da molteplici sfumature. L'immagine di una follia femminile ottocentesca ci appare molto meno monolitica se si prendono in considerazione anche la controparte maschile e i vari soggetti che con questi uomini e queste donne avevano a che fare. Se gli uomini erano considerati portatori di razionalità, non lo erano certo i ricoverati, semmai quelli appartenenti alla classe medica che li giudicavano e curavano. Seppure con significative differenze di *gender*, i pazienti si distinguono quindi per alterità rispetto a un mondo comportamentale normativo generale, più che per il loro essere donne o uomini.

Ovviamente, si tratta di prime ipotesi dalle quali non si possono trarre vere e proprie conclusioni. Da un lato infatti, il materiale contenuto presso questo archivio occupa uno spazio di tempo vastissimo e dovrebbe essere indagato per una comparazione di più lungo periodo. Dall'altro, i temi toccati dalla discussione sono molti e ognuno meriterebbe un approfondimento a sé stante. Una delle possibili e più interessanti direttrici da seguire in questo senso, sarebbe a mio avviso quella di uscire dagli archivi manicomiali e completare dei percorsi di vita occupandosi anche delle vicende che accompagnavano i malati al di fuori e nel rapporto con tutte le altre istituzioni coinvolte nel ricovero, nella gestione della loro malattia o della loro vita economica e assistenziale. Infine, sarebbe auspicabile che ricerche di questo tipo fossero estese al materiale proveniente da altri istituti, ai fini di un utile confronto fra diverse realtà che sottolinei le peculiarità di ciascuna e ne ravvisi le somiglianze, per ricostruire un quadro più completo e caratterizzante del contesto italiano della malattia mentale in relazione al genere.

Mi è d'obbligo e insieme piacere concludere con alcuni ringraziamenti: alla Società Italiana delle Storiche, al Consiglio Regionale della Toscana, alla Commissione Regionale per le pari opportunità della Toscana, alla Biblioteca delle Oblate di Firenze, soprattutto ai membri della Commissione esaminatrice del premio Bortolotti 2013 per aver reso possibile che questa tesi di laurea vedesse la luce in una monografia. Ringrazio l'ASL 7 di Siena nella persona di Dino Marchese per aver permesso, a suo tempo, l'accesso all'archivio e la consultazione del materiale e Stefano Moscadelli per le informazioni in merito, Patrizia Guarnieri per i consigli sulla ricerca.

Sono grata a Vinzia Fiorino per i suggerimenti e gli spunti di riflessione che mi ha regalato sia in fase di ricerca che durante la preparazione di questa pubblicazione. Ringrazio il mio relatore, Tommaso Detti, per avermi insegnato a *fiutare carne umana* e per aver appoggiato e seguito questo lavoro intrapreso dal nulla non senza un pizzico di follia.

Rivolgo infine un ringraziamento alla mia famiglia, per il sostegno dimostrato durante i miei studi, a Simone Andreini, Francesca Becherini, Silvia Datteroni e Annarita Ferranti.



## Capitolo 1

# La popolazione di un villaggio

### 1. “La cosa di cui abbisognava di più il manicomio, era il manicomio medesimo”

Sebbene in Italia, precocemente rispetto anche alla Francia e all’Inghilterra, esistessero già a partire dal XVI secolo strutture di segregazione specializzate per i folli<sup>1</sup>, fu solo durante il XVIII secolo che sorsero degli istituti addetti alla loro cura e nel corso dei primi decenni del XIX che si dette avvio alla costruzione di un gran numero di istituti manicomiali<sup>2</sup>. Del resto,

<sup>1</sup> La prima norma italiana relativa ad un istituto per pazzi è considerata quella della Casa di Santa Maria della Pietà degli Infermi di Mente a Roma del 1563. G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Trento, 1994, pp. 11-12. Lisa Roscioni inoltre, ha recentemente messo in luce come in epoca moderna, a partire dal Cinquecento, sebbene i folli fossero disseminati anche in Italia in varie istituzioni, per coloro che approdavano negli ospedali o in altre strutture specifiche, le finalità custodialistiche si intrecciassero con quelle terapeutiche, sulla base di testi medici già di ampia circolazione, rivedendo la tesi foucaultiana del *grand referment* a scopo poliziesco. Cfr. L. Roscioni, *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Milano, 2003. Per Foucault, un decreto regio del 1656 dette infatti l’avvio alla costruzione del grande Hôpital général di Parigi, in cui poveri, vagabondi, corrigendi, insensati e folli della città parigina, e poi del resto della Francia, vennero rinchiusi in un luogo apposito che li escludesse dalla vita sociale per ragioni di ordine pubblico. Allo stesso modo, e pressappoco nello stesso periodo, anche in Inghilterra sorsero un po’ ovunque le prime *houses of correction* e le *workhouses*. Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, Milano, 1963 [1961]. Per il contesto inglese il riferimento è soprattutto a K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma-Bari, 1975 [1969].

<sup>2</sup> Brevemente, Vittorio Amedeo II firmò nel 1728 le Regie Patenti con cui decretava la costruzione di uno Spedale dei Pazzi a Torino, ampliato e ristrutturato per dare vita nel 1834 al

la psichiatria si era delineata come disciplina distinta dagli altri campi del sapere medico a partire dalla seconda metà del Settecento ed era già stata concettualizzata l'idea del ricovero per folli ulteriormente distinto dall'ospedale e costruito con il doppio scopo terapeutico e di osservatorio privilegiato dello psichiatra<sup>3</sup>.

La prima serie di cartelle cliniche analizzate in questo lavoro risale al 1880 e, all'epoca, il manicomio senese aveva già assunto il volto di una vera e propria *cittadella* all'interno della città, un grande villaggio manicomiali, che occupava un'intera area a ridosso delle mura. Nel 1818, 19 donne e 15 uomini ospitati presso Via Fontanella, in un edificio chiamato "casa del Bigi", precedentemente utilizzato soltanto come luogo di temporanea accoglienza per i pazienti delle Provincie di Siena e Grosseto da inviare al manicomio di Bonifazio a Firenze, furono sistemati presso il soppresso convento di San Niccolò, adiacente P.ta Romana. Il manicomio fiorentino era stata la prima struttura deputata ad accogliere espressamente i malati di mente di tutta la regione, da quando, nel 1789, un editto leopoldino aveva regolato le funzioni dei due ospedali cittadini di Santa Maria Nuova e Bonifazio, eletto a luogo di reclusione e cura dei folli<sup>4</sup>.

nuovo ospedale di via delle Ghiacciaie, gestito dalla Confraternita del SS. Sudario; a Napoli era attivo il grande manicomio di Aversa, costruito nel 1813 per volere di Gioacchino Murat e modello per la costruzione di molti manicomi italiani; a Palermo la Real casa de' Matti aveva espulso i tisici, gli scabbiosi e altri infermi incurabili dal 1824, quando vi rimasero 58 alienati. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, 1979, pp. 20-32. A Milano nel 1781, per volere di Maria Teresa, la casa della Senavra sostituì nell'accoglienza dei folli l'ospizio di San Vincenzo in Prato e venne subordinata alla direzione dell'Ospedale Maggiore. Per il caso milanese cfr. il volume completo di A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, 1980. A Venezia l'isola di San Servolo divenne il luogo deputato all'isolamento dei mentecatti poveri a partire dalla seconda metà del Settecento e si trasformò nel 1798, per decreto del governo austriaco, in manicomio centrale veneto destinato alla cura dei folli di entrambi i sessi (*L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, a cura di M. Calzigna, H. Terzian, Venezia, 1880).

<sup>3</sup> F. De Peri, *L'ideologia manicomiali e la scienza psichiatrica tra XVII e XIX secolo in Europa*, in A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene*, cit., pp. 66-67.

<sup>4</sup> Precedentemente era attivo fin dal 1750, per volontà del Granduca, l'Ospedale Granducale di Santa Dorotea, sorto nell'edificio della precedente Casa Pia, che si sostituì nell'accoglienza dei pazzi all'ospedale di S. Maria Nuova (R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia*, cit., pp. 26-27). Nel resto della Toscana soltanto a Lucca esisteva un manicomio provinciale, quello di Fregionaia, già dal 1773. A Massa Carrara, nonostante i vari progetti presentati di un manicomio per l'utenza delle Alpi Apuane nella seconda metà dell'Ottocento, la costruzione non prese avvio e la provincia rimase sprovvista di una propria struttura. Cfr. G.B. Giordano, L. Laquidara, *Il manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, pp. 144-157 e G.B. Giordano, S. Breasciani, *Il Manicomio di Lucca dall'unità a fine secolo*, pp. 167-174, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, a cura di F. Vannozzi, Siena, 30 settembre 1889, Siena,

A Siena il problema dei folli fu affrontato nel corso del XVII secolo e fino alla metà di XVIII con il loro invio presso l'istituto fiorentino di Santa Dorotea<sup>5</sup>. Ma, intorno alla metà del Settecento, si presentò il problema di custodire 5 pazzi ritenuti pericolosi. I problemi relativi a questi cinque folli erano di pubblica sicurezza: in mancanza di un'adeguata assistenza e vigilanza, vivevano in condizioni di povertà, vagando per la città e causando inconvenienti di ordine pubblico, dando scandalo con le loro gesta; si trattava di soggetti molesti di cui i parenti non potevano occuparsi in una situazione di simile indigenza. Il direttore del Santa Maria della Scala si opponeva alla loro custodia presso l'ospedale, mentre i Luoghi Pii di Siena dichiaravano di non avere fondi sufficienti a provvedere a questa incombenza. Fra di loro, Maria B., dopo essere finita diverse volte in carcere, venne sistemata a custodia presso un'anziana signora alla quale, in parte la Balia e in parte persone caritatevoli, avevano donato un sussidio. La custodia della donna si rivelò tuttavia inadeguata a trattenerla, così che, in alcuni periodi durante i quali la sua follia si manifestava più apertamente, girava nuda per la città recando pubblico scandalo, minacciando gli ebrei che aveva in odio, in balia di un *eccedente furore uterino*<sup>6</sup>. Maria fu la prima ospite di una piccola casa presso P.ta San Marco entrata in funzione nel 1762; un tempo utilizzata come ospedale dei convalescenti, venne adattata a Spedaletto de' Pazerelli, capace di accogliere almeno cinque pazienti, sorvegliati da due custodi e diretto dal medico Angelo Lodoli. Il primo Spedaletto rimase in funzione fino al 1795 quando, per insufficienza di spazio, i malati senesi furono di comune accordo inviati presso il Bonifazio. Nel 1773 la direzione dello Spedaletto passò dall'Ospedale Santa Maria della Scala alla *Compagnia dei disciplinati sotto le volte dello Spedale di Santa Maria della Scala o Confraternita della Madonna sotto le Volte dello Spedale*; trasformatasi in seguito nella Società di Esecutori di Pie Disposizioni, fu questa a contribuire alla totalità della spesa per i malati poveri. A partire dal 1803, mentre il manicomio fiorentino attraversava un primo momento di crisi, la Casa del Bigi venne addegnata ad asilo permanente. Ci si rese subito conto, tuttavia, che la sua capienza era insufficiente e pochi anni dopo si provvide a ricercare una sistemazione più idonea al numero dei pazienti. Inizialmente individuata

1990, e L. Laquidara, S. Bresciani, *Il manicomio di Massa Carrara: storia di un progetto mai realizzato*, *ivi*, pp. 211-222. A Pisa, la provincia si dotò di un proprio istituto soltanto con l'ultimazione di quello di Volterra nel corso degli ultimi anni dell'Ottocento (V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, 2011). Ad Arezzo invece il manicomio del Pionta venne inaugurato nel 1901 (S. Gherardi, *I "mentecatti" aretini dal San Niccolò al Pionta*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozzi, Milano, 2007, pp. 197-218).

<sup>5</sup> V. Biotti, *Folli senesi nel "Santa Dorotea de' Pazerelli" di Firenze (1647-1788)*, *ivi*, pp. 19-48.

<sup>6</sup> *Ivi*, pp. 34-35.

nell'ex Monastero di S. Chiara nel rione dei Pispini, fu invece trovata definitiva quella del 1818, quando a notte fonda il prof. Giuseppe Lodoli, figlio di Angelo e suo successore alla guida dello Spedaletto, insieme alle autorità senesi, trasferì i malati nel restaurato edificio del San Niccolò<sup>7</sup>.

Nel 1858 il prof. Carlo Livi, nominato direttore del Manicomio, constatava l'insufficienza del San Niccolò. L'ex convento, nel quale vennero ospitati anche tignosi e gravide occulte, era stato pensato per accogliere al massimo una quarantina di pazienti e, sebbene diversi progetti di ristrutturazione e ingrandimento fossero stati ventilati nel corso dei decenni precedenti, nulla di rilevante era stato apportato al vecchio edificio<sup>8</sup>. Così, al momento della nomina, Livi trovò fra le mura del San Niccolò "stivati, confusi, più o meno nocivi l'uno all'altro igienicamente e moralmente per così stretti contatti, ben 159 ammalati"<sup>9</sup>. In Italia un dibattito sulla costruzione dei manicomi si era già affacciato negli anni Trenta e Quaranta, ma le soluzioni al problema della ricerca di strutture idonee vennero quasi univocamente trovate nel riutilizzo di vecchi edifici, per la maggior parte a carattere religioso e conventuale, rimasti inutilizzati in seguito alle soppressioni napoleoniche di ordini e conventi<sup>10</sup>. Del resto, lo scopo principale dell'internamento, anche vista la frequente impossibilità di reperire risorse per la costruzione di nuovi istituti da parte delle amministrazioni, rimase a lungo quello della contenzione. La nuova pratica clinica, fonte di sapere medico, che nell'Ottocento aveva configurato l'ospedale come luogo di cura e di studio anatomo-patologico<sup>11</sup>, si scontrò un po' ovunque con le possibilità di realizzazione da parte dei vari governi. Ma fu anche la mancanza di un'unità di intenti e impostazioni teoriche e di metodo da parte della classe medica psichiatrica prima dell'Unità a ritardare i progetti. Negli altri paesi europei – Francia, Germania, Inghilterra – durante la seconda metà dell'Ottocento si era già cominciato a fare un bilancio dell'inefficienza e della presunta insufficienza degli istituti già approntati.

Del resto, la psichiatria di inizio Ottocento si era sempre più chiaramente definita come la malattia di un organo, il cervello, dal quale dipendevano i disturbi dell'intelletto, ma di correnti di pensiero sull'origine della malattia, sulle sue forme, sulla classificazione nosografica, sulle possibili

<sup>7</sup> A. Leoncini, *Per la storia delle origini del manicomio di Siena*, *ivi*, pp. 57-64.

<sup>8</sup> Per una breve ricostruzione dei progetti architettonici e per le prossime notizie relative alla costruzione dell'istituto rinvio, quando non diversamente specificato, a S. Colucci, *Il San Niccolò di Siena da monastero francescano a villaggio manicomiale: storia, architettura e decorazione (1810-1950)*, *ivi*, pp. 79-104.

<sup>9</sup> C. Livi, *Parole dette nella solenne distribuzione de' premi del dì 11 dicembre MDCCCLIX agli alunni del manicomio di S. Niccolò di Siena*, Prato, 1859, p. 6.

<sup>10</sup> F. Stok, *La formazione della psichiatria*, Roma, 1981.

<sup>11</sup> P. Frascani, *L'ospedale moderno in Europa e negli Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in "Società e Storia", 52 (1991), pp. 405-416.



cure, ve ne erano molte. In Italia la psichiatria aveva recepito a inizio secolo soprattutto i dettami di quella francese, i cui capostipiti Pinel e l'allievo Esquirol avevano concepito la follia come malattia essenzialmente morale, introducendo il trattamento morale nel metodo di cura. La vita istituzionale doveva assumere essa stessa i tratti di una cura morale, nella quale il manicomio "diventava una cittadella con proprie mura, popolata da uomini che una sorta di ostracismo terapeutico aveva allontanato dalla società civile. Espulsa dalla città, nell'isolamento asilare, l'esperienza della follia avrebbe potuto trovare, nel rapporto incontaminato con la natura, un nuovo ordine morale"<sup>12</sup>. Così, il manicomio doveva essere costruito fuori dalle mura cittadine, in un luogo di quiete, generalmente concepito come un unico edificio a cui poi poteva essere aggiunta una colonia agricola per il lavoro fisico.

D'altro canto, erano penetrate parzialmente anche le idee inglesi di derivazione browniana, portatrici di una visione maggiormente neurologica della malattia mentale<sup>13</sup>. Ma quale che fosse l'origine della malattia, anche nella psichiatria inglese finì per affermarsi il sistema del *moral manage-*

<sup>12</sup> F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia. Annali*, 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, 1984, pp. 1059-1140, p. 1099. Pinel non credeva che a ogni malattia mentale corrispondesse necessariamente un tipo di alterazione fisica a livello neurologico, di conseguenza l'attenzione verso il malato era concentrata sull'aspetto psicologico della malattia. Il *traitement moral* si basava sull'assunto che l'uomo possedesse una struttura morale primigenia che, se alterata, poteva essere rimodellata infondendo in esso i valori sociali vigenti. All'interno dell'istituto, la calma e l'ordine erano trasmessi al paziente *in primis* attraverso la forte autorità medica e la stretta sorveglianza. Poi era il lavoro fisico regolare a svolgere un ruolo pedagogico e terapeutico. La punizione e la contenzione erano soltanto un efficace monito eventuale. Essenziale era anche l'assoluto isolamento del folle dal resto della vita sociale: per motivi di sicurezza sia del paziente che della sua famiglia e dell'ordine pubblico, per l'allontanamento dalle cause esterne che potevano aver dato luogo al delirio, per vincere la resistenza verso i mezzi di cura, per la sottomissione ad un regime di cura e il recupero delle abitudini intellettuali e morali. Per una disamina del pensiero scientifico di Pinel ed Esquirol rimando a K. Dörner, *Il borghese e il folle*, cit.; G. Swain, *Soggetto e follia. Pinel e la nascita della psichiatria moderna*, Torino 1985 [1977]; e J. Goldstein, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in Nineteenth Century*, Cambridge, 1987.

<sup>13</sup> Il teologo inglese Brown aveva ripreso a fine settecento il concetto di "forza nervosa" già sviluppato da Cullen e dai sostenitori inglesi della teoria nervosa afferenti alla scuola scozzese. Nel mondo anglosassone la neuro-fisiologia e la neuropatologia assunsero un'importanza maggiore e il concetto di forza nervosa venne combinato con quello di un'anima immateriale su cui essa agiva. Il sistema nervoso umano poteva essere eccitato, oppure quietato eccessivamente, da movimenti contro natura della forza nervosa appartenente ad ogni individuo e da impulsi esterni. La malattia si configurava come deviazione dell'intensità media e normale di eccitabilità e, se ad ogni stimolo corrispondeva una reazione, il rimedio consisteva in un contro-stimolo (calmare i maniaci, eccitare i melanconici). Per Gualandi, sostenitore di Brown, conosciuto l'organo affetto si poteva trovare il giusto rimedio (K. Dörner, *Il borghese e il folle*, cit., pp. 66-70 e F. Stok, *La formazione della psichiatria*, cit., p. 40).

*ment*: le passioni provocavano la malattia e la sua natura corporea perdeva di importanza; la costrizione fisica venne sostituita da quella morale; il paziente era curato tramite un sistema di disciplina che doveva ricondurlo al controllo e all'autocontrollo. Famiglia, religione, natura, isolamento, ma soprattutto disciplina, si imposero come metodi di cura e fuga dalla realtà di una società frenetica e in via di industrializzazione<sup>14</sup>.

Livi, personalità di assoluto spicco della psichiatria italiana, insieme a Francesco Bini, direttore del manicomio fiorentino e a Giuseppe Neri e Carlo Morelli che operavano a Lucca, farà parte della scuola toscana, mediatrice dell'impostazione psicologica francese e di quella più neurologica. All'inizio della propria carriera era infatti contrario a un rigido approccio anatomo-patologico alla malattia mentale dal momento che, se all'alterazione corporea dell'organo, causa primigenia, seguivano la lesione dell'intelletto e quindi l'atto morboso, essa restava quasi sempre occulta all'alienista, che doveva perciò concentrarsi sui fenomeni psichici<sup>15</sup>. Il manicomio senese, successivamente preso a modello per altri istituti costruiti in Italia, venne pensato da Livi, in ottemperanza alle novità che circolavano in campo psichiatrico, come una struttura caratterizzata dal *pavillon system*, rispondente alle moderne esigenze terapeutiche e ad alcuni fondamentali criteri: separazione assoluta dei sessi e delle varie categorie di malati secondo la malattia; presenza di infermerie, sale di osservazione e di sequestro, camera mortuaria, stanza di dissezione; abitazione per il Medico Direttore che doveva costantemente vegliare sui pazienti; costruzione di officine per il lavoro artigianale, ma anche scuole, sale di ricreazione, di visita, per le feste ecc. Un luogo complesso dove l'ergoterapia e la cura igienico-morale, sarebbero state gli strumenti principali di trattamento e i mezzi di contenzione soltanto una punizione necessaria ed eventuale<sup>16</sup>. La fiducia assoluta

<sup>14</sup> Anche in questo caso, il manicomio venne concepito come un luogo di isolamento e il *Retreat* di York, aperto nel 1796 dal Tuke, dove il medico esercitava la sua funzione più taumaturgica e autoritaria che sanitaria nei confronti dei pazienti, ne fu il modello. L'unico rimedio fisico ritenuto efficace era il bagno caldo; per il resto la disciplina e l'applicazione dei dettami morali doveva ricondurre il paziente all'autocontrollo (K. Dörner, *Il borghese e il folle*, cit., p. 115). Sarà John Conolly, divenuto direttore del manicomio di Hanwell nel 1839, a teorizzare il metodo di cura del *Non-Restraint*, secondo cui, essendo l'isolamento dei pazienti nocivo, le porte dell'asilo dovevano essere aperte al pubblico e il duro lavoro fisico mitigato piuttosto con la *social activity* (feste, concerti, ballo).

<sup>15</sup> F. Stok, *La formazione della psichiatria*, cit., pp. 53-54 e G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, cit., pp. 78-79.

<sup>16</sup> Come lo stesso direttore ironicamente sferzava "oggi il manicomio, se vuol essere veramente casa di sanazione, conviene che sia educatorio, scuola, officina, villa, luogo d'operosità, d'ordine, di quiete e di delizie tutto in un tempo: altrimenti non manicomio si scriverà sulla facciata, ma locanda" (C. Livi, *Del vecchio e del nuovo manicomio di S. Niccolò di Siena. Lettera del medico soprintendente professore Carlo Livi al professore Filippo Cardona*, Milano, 1865, p. 4).

di Livi nel suo progetto dovette tuttavia scontrarsi con la volontà della Società di Pie Disposizioni, propensa ad un rifacimento del manicomio ma non ad assecondare il direttore nella preferenza per il sistema a villaggio, che avrebbe rappresentato uno dei primissimi esempi in Italia, e nell'elezione di un nuovo luogo di costruzione fuori dalle mura cittadine. Dopo l'acquisto del convento dei Servi con il suo orto, attiguo al San Niccolò, si optò, avendone scavato la collina, per la costruzione di un edificio centrale progettato dall'architetto romano Francesco Azzurri. I lavori dell'imponente edificio iniziarono solo nel 1870, quando il progetto venne accelerato dalla necessità di provvedere all'ospedalizzazione dei pazienti provenienti anche dalle provincie di Livorno, Pisa e Arezzo, in seguito al collasso del manicomio fiorentino di Bonifazio. Mentre, già nel 1866, erano finalmente stati trasferiti tignosi e gravide occulte sotto la direzione dell'ospedale civile, "la vecchia carcassa" stava per spirare "trascinata anch'essa dal movimento della civiltà, che distrugge per rinnovare, ed a cui nulla resiste"<sup>17</sup>.

Il nuovo manicomio avrebbe avuto una forma a ventaglio, pregio per la separazione delle sezioni maschili e femminili, una capienza di almeno 400 pazienti e molto spazio intorno per un orto. I lavori procedettero sgombrando una porzione del vecchio edificio alla volta e nel frattempo la sezione femminile venne trasferita presso il convento dei Servi.

Livi non fece a tempo a vedere il compimento dell'opera da lui tanto caldeggiata perché nel 1874 lasciò la direzione dell'ospedale, accettando l'incarico a Reggio Emilia, in seguito ai contrasti sorti con la Società di Pie Disposizioni durante la stesura del nuovo regolamento del manicomio. Ugo Palmerini fu l'allievo che subentrò nella direzione, portando avanti i progetti del maestro con la costruzione del Padiglione Conolly per gli agitati e clamorosi, dotato di celle separate per ogni paziente e perfino di una camera imbottita considerata molto all'avanguardia. A questo venne aggiunto appena due anni dopo il quartiere Ferrus, destinato ai giovani frenastenici affetti da malattie incurabili e dotato di scuola e palestra elementare.

Quando, alla morte di Palmerini nel 1880, un altro giovane allievo di Livi, Paolo Funaioli, prese la direzione del San Niccolò, grazie all'acquisto dell'ex convento del Santuccio, venne costruita dalla parte opposta della strada di P.ta Romana, appartata, la Villa destinata ai Rettanti. Negli anni successivi la farmacia venne eretta in prossimità dell'ingresso dello stabilimento, l'edificio centrale fu completato con un progetto ampliato e si dotò di atrio, cappella, sala idroterapica, teatro, camera anatomica per le autopsie. Infine, nel 1889, fu approntato un villaggio di cinque officine per il lavoro dei fabbri-ferrai, dei calzolari e sarti, dei verniciai e lavoratori di

<sup>17</sup> *Ivi*, p. 3.

sparto con gli annessi dormitori intitolati a Livi e Palmerini, confermando l'ergoterapia come strumento principe di cura<sup>18</sup>.

Mentre il San Niccolò accresceva impetuosamente le proprie strutture il contesto nazionale era cambiato. Nel 1864 era stata fondata la prima rivista specialistica italiana di psichiatria, l'*Archivio Italiano per le malattie nervose*, diretta da tre dei più importanti alienisti italiani, Andrea Verga, direttore del manicomio milanese, Serafino Biffi e Cesare Castiglioni e divenuta, a partire dal 1873, rivista ufficiale della neonata Società Freniatria Italiana. Fu quest'ultima a riunire la classe medico-psichiatrica in un progetto comune: l'emanazione di una legge nazionale a tutela degli alienati, la creazione di una rete manicomiale omogenea e adeguata, una statistica completa dei pazzi ricoverati presso i manicomi del Regno, l'istituzione dei manicomi criminali, la formazione del personale infermieristico<sup>19</sup>. La priorità degli psichiatri italiani rimaneva tuttavia quella dell'internamento manicomiale e anche Funaioli incarnò questa convinzione<sup>20</sup>.

Il manicomio di Siena era divenuto un'enorme industria psichiatrica che negli anni Ottanta dell'Ottocento superò il migliaio di pazienti mediamente ricoverati, sicché il problema del sovraffollamento divenne anche qui uno dei principali. Ma questi erano anche gli anni in cui si faceva strada l'organico di impianto neurologista<sup>21</sup>, la cui fortuna venne determinata dalla volontà degli psichiatri di arrivare a "un'interpretazione coerentemente me-

<sup>18</sup> I lavori di ampliamento non si arrestarono peraltro qui e nei primi anni del Novecento il villaggio manicomiale vide un'ulteriore espansione. Per le notizie relative alla costruzione di tutti gli edifici cfr., oltre a S. Colucci, *Il San Niccolò di Siena*, cit., A. D'Ormea, *L'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena della Società di Esecutori di Pie Disposizioni (1818-1934)*, Siena, 1935.

<sup>19</sup> F. Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1860-1875)*, in V.P. Babin, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, 1982, pp. 27-134, pp. 27-33.

<sup>20</sup> Negli anni Sessanta, ancora medico assistente sotto la guida del Livi si era perfino recato a compiere un viaggio attraverso i manicomi francesi e svizzeri. Sotto la sua direzione, durata ben trentacinque anni, nel 1887 venne finalmente aggiunta la clinica psichiatrica, con sede presso il manicomio stesso, dell'Università di Siena, grazie al pareggiamento di quest'ultima a primaria. Ciò consentì agli studenti di medicina di completare gli ultimi due anni di corso presso l'ateneo senese.

<sup>21</sup> Lo studio organico e sistematico del positivismo venne infatti applicato anche alla scienza psichiatrica e si concretizzò l'incontrovertibile concezione del cervello come organo della psiche e gli studi neurologici di anatomia presero il posto della conoscenza psicologica del paziente, per rintracciare le cause fisiche delle alterazioni mentali. Per la nascita del positivismo in Francia a metà dell'Ottocento e il pensiero del suo principale esponente, Auguste Comte cfr. fra i tanti, *Storia del pensiero filosofico e scientifico*, vol. IV, *L'Ottocento*, a cura di L. Geymonat, pp. 427-455 e cfr. il saggio di P. Guarnieri, C. Pogliano, *Il Positivismo in La Storia. I grandi problemi dal Medioevo all'Età Contemporanea*, vol. VII, *L'Età Contemporanea*, n. 2, *La Cultura*, a cura di N. Trafaglia, M. Firpo, Torino, 1988, pp. 283-311.

dica della follia"<sup>22</sup>, nell'ottica di un superamento del ritardo della psichiatria nei confronti della medicina. Nel frattempo aveva mosso i suoi primi passi anche la scuola antropologica lombrosiana, diffondendo le teorie sulla degenerazione e sull'individuo criminale. Il pensiero di Funaioli risultava da un lato fortemente influenzato da queste nuove tendenze, dall'altro fedele all'impostazione manicomiale di Livi. Sebbene nelle cartelle cliniche dei pazienti fossero comparse sezioni dedicate alle misurazioni cranio-metriche, fisiche, si facesse sempre maggiore attenzione nel sottolineare l'eventuale ereditarietà della malattia, la disciplina della cura igienico-morale rimase di fatto l'unico mezzo di cura vigente al San Niccolò e il criterio di guarigione rimase fissato sulla ristabilita tranquillità e docilità del paziente, la normalizzazione rispetto alle regole dell'istituto e ai canoni comportamentali socialmente accettabili.

## 2. I cercatori d'oro

Negli anni presi in considerazione, in Italia il numero degli alienati ricoverati crebbe in maniera esponenziale passando, secondo le ricerche svolte da alcuni alienisti, dagli 8173 del 1866 ai 22424 nel 1888, per aumentare ancora alla fine del primo decennio del 1900<sup>23</sup>. Il destino del S. Niccolò, non fu dissimile da quello di tutti gli altri manicomi.

In più studi è stato messo in luce come in diverse città lo sviluppo dell'istituzione manicomiale ottocentesco sia stato parallelo a quello industriale, cittadino e demografico, ossia ai processi di modernizzazione. In simili contesti, caratteristici del nord Italia, meccanismi di esclusione sociale dovuti alla disgregazione delle unità familiari, alla pressione determinata dal duro lavoro nelle fabbriche, al vagabondaggio dovuto all'inurbamento dei contadini in cerca di lavoro, influirono sicuramente nell'aumento dei pazienti<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> F. Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza*, cit., p. 54.

<sup>23</sup> Le cifre, riferite a una ricerca condotta nel 1866 dagli autori dell'Archivio italiano per le malattie nervose e alle statistiche elaborate per gli anni successivi dall'alienista Andrea Verga, sono riportate da R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, cit., pp. 87-89. Per fornire qualche utile dato ulteriore, affollavano i manicomi italiani 4199 uomini e 3974 donne nel 1866, cresciuti a 15173 unità nel 1877, a 9000 uomini e 8471 donne per un totale di 17471 nel 1880. Nel 1896, secondo un'inchiesta del Tamburini invece, il numero degli alienati ricoverati aveva raggiunto le 29631 unità, rappresentando lo 0,9% della popolazione complessiva e, solo due anni dopo, l'inchiesta presentata dalla commissione Santoliquido ne riportava 36.873, una cifra pari all'1,1% della popolazione italiana (*ibidem*).

<sup>24</sup> In particolare, cfr. i lavori su Alessandria e Verona, due città che nel corso dell'Ottocento videro uno sviluppo tale da incrementare l'area di controllo sociale del centro sulle periferie, registrare un progressivo peggioramento delle condizioni di vita materiale dei propri abitanti e uno sviluppo in senso industriale che fece scattare un meccanismo in base al quale il ma-

La realtà da cui provenivano gli internati del S. Niccolò era però sensibilmente diversa. La Toscana del XIX secolo infatti, assistette allo sviluppo di Firenze, che però non rientra nella nostra discussione in quanto la città possedeva il proprio manicomio cittadino e provinciale. In questo senso risulta significativo il fatto che, nel 1868, la direzione del Bonifazio si rivolgesse alle provincie di Arezzo, Pisa e Livorno ordinando che inviassero i propri pazienti al nuovo manicomio di Siena progettato dal Livi, perché impossibilitati dal sovraffollamento ad accoglierne altri.

La regione, nella seconda metà dell'Ottocento, rimase nel complesso caratterizzata da una produzione agraria e mezzadrile, non conobbe fino agli ultimissimi anni del secolo grandi mutamenti nell'assetto produttivo e sociale e il bacino di utenza toscano del manicomio senese continuò ad essere essenzialmente agricolo e rurale<sup>25</sup>. Lo sviluppo industriale fu parziale e tardivo rispetto a quello di altre aree della penisola<sup>26</sup>. Inoltre, la tradizione

lato non trovava più spazio all'interno di una famiglia in cui tutti i membri erano impegnati nel lavoro. P. Lanzavecchia, P. Lingua, G. Sinigaglia, *L'ospedale psichiatrico di Alessandria nel periodo 1850-1880: sviluppo ed area di reclutamento in ambiente urbano e rurale*, e M.C. Turnu, M. Gianni, *Il disagio mentale a Verona fra restaurazione ed unificazione: una lettura territoriale delle devianze e la risposta istituzionale*, in *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, a cura di E. Sori, Milano, 1982, pp. 487-500 e pp. 455-474. Lo stesso discorso viene avallato dalla Panzeri per il caso milanese. La società lombarda conobbe fra la fine del Settecento e la seconda metà dell'Ottocento dei cambiamenti socio-economici che ne mutarono il volto della società: l'inasprimento e la modifica dei contratti agrari, lo sviluppo delle attività manifatturiere nelle zone collinari, l'avanzamento del grande affitto capitalistico nella pianura irrigua, sarebbero tutti elementi che concorsero alla disgregazione della famiglia contadina, con la conseguente esclusione delle figure che all'interno di essa risultavano improduttive (L. Panzeri, *Creazione ed evoluzione del sistema manicomiale di Milano tra la fine del '700 e la prima metà dell'800*, *ivi*, pp. 475-485).

<sup>25</sup> G. Mori, *Dall'unità alla guerra: aggregazione e disgregazione di un'area regionale*, in *La Toscana in Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità a oggi*, a cura di G. Mori, Torino, 1986, pp. 5-344.

<sup>26</sup> Sulla continuità dell'assetto produttivo delle campagne toscane, con particolare riferimento ai vantaggi offerti dal contratto mezzadrile ai possidenti toscani, quindi alla classe dirigente, ha molto insistito Carlo Pazzagli. La scelta conservatrice ottocentesca della mezzadria infatti, garantiva un rischio minimo dal punto di vista economico. I guadagni della terra si basavano sul sopralavoro e sul sottoconsumo dei contadini e ciò permetteva una continuità produttiva anche nei momenti di crisi, come quella verificatasi durante gli anni Ottanta dell'Ottocento, quando il mezzadro doveva aumentare la produzione per garantire la propria sopravvivenza. Inoltre, essa garantiva la pace e la stabilità di una società di stampo arcaico e patriarcale dai toni fortemente paternalistici nel rapporto con le classi dirigenti e l'isolamento delle famiglie mezzadrili. Cfr. C. Pazzagli, *L'agricoltura toscana nella prima metà dell'Ottocento: tecniche di produzione e rapporti mezzadrili*, Firenze, 1973, pp. 408-437. Nel 1861, secondo i dati del Censimento del Regno, il 54,2% della popolazione toscana era dedita all'agricoltura, il 25,1% all'industria, il rimanente 20,7% ad altre attività. Alcuni centri urbani tuttavia raggiunsero punte di impiego nel settore secondario piuttosto significative già alla metà del secolo: a Siena il 45,2% della popolazione cittadina era impiegata nella produzione manifatturiera; a Firenze il 44,1% e a Livorno il 34%; le industrie assorbivano molta mano

di “terra delle città” toscana, caratterizzata da un insediamento rurale sparso fatto di paesi, ville, borghi, castelli, caseggiati, permise a lungo l’abbondante permanenza della popolazione nei centri minori particolarmente vitali<sup>27</sup>. Non si hanno perciò motivi per rintracciare una massiccia disgregazione del tessuto familiare e sociale, in gran parte formato da famiglie complesse, soprattutto nelle campagne.

La composizione della popolazione manicomiale rifletteva piuttosto fedelmente le quote della popolazione residente in ogni provincia, fatta eccezione per quella senese, sede dell’istituto e attrattiva per un maggior numero di pazienti. Nei dati riferiti al 1880 e al 1889 inoltre, la maggior parte dei ricoverati non risultava residente nei capoluoghi di Provincia, bensì nei più piccoli centri provinciali e nelle campagne, con il dato significativo che il luogo di nascita coincideva quasi sempre con il luogo di residenza al momento del ricovero, indice dell’ancora scarsa migrazione verso i centri urbani maggiori<sup>28</sup>.

Nelle città capoluogo di provincia non intervennero cambiamenti particolarmente significativi dal punto di vista economico-sociale. Siena soprattutto, rimase quella città in parte tagliata fuori dalla modernità che descrive Cardini<sup>29</sup>. Livorno invece, città dalla ovvia vocazione portuale da sempre,

d’opera con una notevole diffusione produttiva anche nei centri minori (R. Ricci, *I numeri dell’industria*, in *Storia della civiltà toscana*, vol. V, *L’Ottocento*, a cura di L. Lotti, Firenze, 1998, pp. 235-246).

<sup>27</sup> Cfr. C. Pazzagli, *La terra delle città. Le campagne toscane dell’Ottocento*, Firenze, 1992.

<sup>28</sup> Per ciò che riguarda la provenienza dei pazienti da città e campagna vd. la tabella n. 6 in appendice. Nel dettaglio, su 136 uomini internati nel 1880, in 32 casi il luogo di nascita risulta differente da quello di residenza al momento del ricovero; di questi, 7 si erano trasferiti a Livorno, 3 dalla provincia al centro di Siena, 2 dalla provincia al centro di Pisa; tutti gli altri avevano cambiato comune pur rimanendo in provincia. Fra le 146 cartelle cliniche degli uomini del 1889, 38 riportano luogo di nascita e domicilio diversi; di questi, 6 si erano mossi da altro comune verso Livorno, tutti gli altri spostamenti risultano fra comuni di media e piccola grandezza. Delle 115 donne internate nel 1880, 26 avevano cambiato residenza: 2 si erano trasferite a Pisa, 3 a Livorno, 3 a Siena. Fra le 122 del 1889, 38 si spostarono: 2 verso Siena, 3 verso Pisa, una a Firenze e 5 a Livorno. Tutte le altre erano rimaste in comuni di provincia. Livorno appare pertanto l’unico centro di una certa attrattiva, sia fra gli uomini che fra le donne. Diversi spostamenti si ebbero invece verso e fra comuni del grossetano, con tutta probabilità riconducibili alla ricerca di lavoro e nuove terre fertili bonificate.

<sup>29</sup> Cfr. A. Cardini, *La città irraggiungibile. Siena e il problema storico della modernizzazione (1799-1948)*, in “Studi senesi”, CVIII, 3 (1996), Siena, 1996, pp. 417-461. L’analisi di Cardini mette bene in luce come, anche dopo il passaggio delle truppe napoleoniche nel 1799, la città non avesse conosciuto nessun significativo sviluppo, con la continuità al potere di un’aristocrazia cittadina apatica che viveva di cariche politiche e rendite fondiarie provenienti dai latifondi estesi condotti a colonia. Cfr. il capitolo relativo al territorio provinciale senese in C. Pazzagli, *La terra delle città*, cit. Pochi borghesi ebbero l’occasione di assurgere al rango economico degli aristocratici e alle cariche cittadine anche dopo il governo napoleonico. Cfr. L. Vigni, *Patrizi e bottegai a Siena sotto Napoleone: il notabilato urbano di primo*

dopo un periodo di crisi determinato dalla scelta dell'abolizione del porto franco, decisa nel 1865 da Quintino Sella e attuata a partire dal 1868, che destabilizzò l'economia cittadina con esiti di disgregazione sociale progressiva degli strati sia borghesi che proletari, cominciò la propria affermazione in senso meno commerciale e più prettamente industriale a partire dagli anni Ottanta<sup>30</sup>. Proprio Livorno era la provincia nella quale la maggior parte degli internati proveniva dalla città, ma all'epoca il capoluogo, se si eccettua l'Isola D'Elba, comprendeva un territorio provinciale coincidente quasi interamente con quello cittadino; mentre, anche se in piccole proporzioni, era l'unico polo di attrazione, facendo registrare i numeri più alti di immigrati e immigrate fra i pazienti.

Il fatto che i processi di sviluppo economico non rappresentassero ancora un fattore particolarmente incidente nell'evoluzione dell'internamento manicomiale è confermato dalla composizione per professioni degli internati e delle internate. Soprattutto fra gli uomini, più della metà degli ammessi svolgeva un lavoro di tipo agricolo, con la prevalenza assoluta dei coloni mezzadri, mentre i restanti riflettevano piuttosto fedelmente un microcosmo della popolazione occupato in attività di tipo artigianale e manifatturiero più che industriale. Lo stesso possiamo dire per le donne: la maggior parte di loro era schedata come attendente a casa; le restanti svolgevano più che altro lavori in campagna, oppure erano impiegate in attività legate alle manifatture tessili o al commercio al dettaglio.

La popolazione toscana crebbe in maniera significativa nel corso del secolo e, con un aumento percentuale in linea con la media nazionale dell'epoca, passò da 1.967.067 abitanti nel 1861 ai 2.566.307 del 1901<sup>31</sup>. Le

*Ottocento nell'economia, nella politica e nell'amministrazione*, Napoli, 1997. Gli investimenti industriali furono scarsi: a metà Ottocento esistevano in città soltanto alcune piccole manifatture tessili e nella provincia gli unici poli industriali erano quello valdelsano e quello legato allo sfruttamento delle miniere amiatine. Il centro cittadino subì l'unico cambiamento significativo proprio a livello di assetto urbanistico dai primi decenni dell'Ottocento, quando "la città dei conventi" si trasformò, grazie al riuso di antichi spazi adibiti ad uso religioso, nella "città dei 'pubblici stabilimenti'". Cfr. anche L. Bortolotti, *Siena*, in *Le città nella storia d'Italia*, Roma-Bari, 1982.

<sup>30</sup> L. Bortolotti, *Livorno dal 1748 al 1958. Profilo storico-urbanistico*, Firenze, 1970, pp. 177-194. La popolazione livornese raggiungeva l'82,5% di quella fiorentina nel 1861 e soltanto il 48% nel 1901. Cfr. anche G. Mori, *Dall'unità alla guerra*, cit., pp. 143-147.

<sup>31</sup> G. Mori, *Dall'unità alla guerra*, cit., p. 195. Il trend positivo risulta peraltro costante a partire da un periodo precedente a quello dei dati presi di riferimento: con interruzioni di breve durata e poca intensità, la popolazione toscana, così come quella italiana, cominciò a crescere ininterrottamente a partire dal 1660 circa, con una decisa impennata nel corso dell'Ottocento (M. Breschi, P. Malanima, *Demografia ed economia in Toscana: il lungo periodo (secoli XIV-XIX)*, p. 7, [http://www.paolomalanima.it/default\\_files/Articles/Demografia\\_Toscana.pdf](http://www.paolomalanima.it/default_files/Articles/Demografia_Toscana.pdf)).



province che inviavano i malati al San Niccolò implementarono notevolmente il numero di abitanti con un trend pressappoco simile<sup>32</sup>, tanto più che l'aumento di popolazione nei comuni a più alta ruralità aveva fatto registrare livelli di poco inferiori rispetto ai centri maggiori<sup>33</sup>. La percentuale di crescita della popolazione, sebbene avesse contribuito a una maggior pressione sulle risorse, fu tuttavia proporzionalmente molto inferiore a quella dei ricoveri in manicomio, soprattutto nel periodo che va dal 1835 agli anni Sessanta dell'Ottocento. Un maggior numero di abitanti può spiegare solo in piccola parte un maggior numero di internati. Basti considerare che le cifre più alte di internati al San Niccolò appartengono a pazienti provenienti dal territorio senese, che non aveva percentuali di abitanti più alte rispetto alle altre province e che, nel periodo considerato, conobbe l'aumento di popolazione più basso fra tutte le altre.

La crescita dei pazienti, sebbene le cifre diventino impressionanti solo in seguito, era infatti cominciata precocemente e fece registrare le percentuali più alte proprio durante il periodo che precedette la direzione Livi e quello durante il quale fu lui a guidare il manicomio, prima cioè dell'ultimo trentennio del secolo spesso indicato come quello del grande internamento manicomiale<sup>34</sup>. A parere di Livi, la causa dell'aumento dei suoi pazienti e del sovraffollamento del manicomio come lo aveva trovato al momento della nomina, andava ricercata nel progresso della medicina moderna.

Gli ammalati, in particolar modo quelli che soffrivano di disturbi psichiatrici, non erano in precedenza riconosciuti come tali e finivano per essere giudicati dalle *grinfie* del Sant'Uffizio e accusati in qualità di eretici o peccatori. La "civiltà", fonte di progresso, non di degenerazione, andava scoprendo piaghe precedentemente nascoste, rimaste a lungo incomprese e incomprensibili, "in una parola la civiltà trova il male, non lo partorisce, lo scema e non lo moltiplica, la civiltà medica non tortura, risana non uccide"<sup>35</sup>. La posizione del Livi era condivisa dai colleghi italiani appartenenti alla sua generazione, che auspicavano un incremento generale di benessere e cultura, rintracciando nel pauperismo e nell'isolamento delle zone rurali che caratterizzavano gran parte della nostra penisola una fonte di malattia mentale<sup>36</sup>.

<sup>32</sup> Fra il 1835 e il 1907, la provincia di Arezzo registrò un aumento di popolazione del 43,46%, Grosseto del 122,92%, Livorno del 74,38%, Pisa del 60,15%, Siena del 38,31%, per un generale aumento percentuale del 58,60%. Elaborazione mia di dati tratti da P. Bandettini, *L'evoluzione demografica della Toscana dal 1810 al 1889*, Torino, 1960.

<sup>33</sup> *Ivi*, pp. 5-6.

<sup>34</sup> Vd. il grafico 1 relativo alla media mobile dei pazienti in entrata in appendice.

<sup>35</sup> C. Livi, *Parole dette nella solenne distribuzione de' premi*, cit., pp. 6 sgg.

<sup>36</sup> F. Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza*, cit., p. 69. Come sottolinea ampiamente Giacanelli, la medicina e psichiatria pre-unitarie e risorgimentali italiane, aspiravano ad un ruolo guida, vivendo un periodo di entusiasmo pionieristico e liberatorio

Anche se con significato ovviamente diverso, Livi ricostruiva *ante litteram* il percorso e il significato connessi alla creazione della categoria dei folli e a quella di disciplinamento e controllo sociale, sui quali assunti si è mossa la ricerca storica e sociologica a partire dalle teorizzazioni di Foucault. La pazzia, abbandonando il terreno medievale del potere oscuro della miseria, desacralizzata nel XVII secolo, fa sì che il folle venga assimilato agli altri malati e poveri e rinchiuso negli ospizi; la sensibilità nei suoi confronti diventa più sociale che religiosa. La scienza crea la categoria del folle e la porta alla luce, sottraendola al dominio del potere religioso: in mezzo ai vagabondi, ai poveri, ai derelitti, una nuova categoria di medici specializzati, gli alienisti, come Pinel ed Esquirol in Francia, scoprirono a partire dalla fine del XVIII secolo il folle e ne fecero un malato mentale, il quale, a causa della sua irresponsabile irragionevolezza, trasgrediva alle norme sociali e culturali vigenti<sup>37</sup>.

Laddove il processo conoscitivo diverge è in primis sul giudizio e sull'efficacia di tale operazione: il dispositivo creato *ad hoc* per rinchiodare ed isolare la follia, il manicomio, era per Livi e per i suoi colleghi il più poderoso risultato di una scienza psichiatrica che andava conquistandosi un posto all'interno dell'ordinamento sociale borghese, del mondo scientifico e di quello civile e istituzionale, nonché l'unico mezzo in grado di curare finalmente la follia. Per i contestatori prima, e per gli studiosi e osservatori poi, è il fallimentare strumento e progetto nel quale la scienza psichiatrica si è invischiata.

D'altra parte, l'elaborazione delle categorie nosografiche e l'affermazione di una prassi psichiatrica comune e riconoscibile avevano la convinzione di aver individuato e sistematizzato una classe esatta della devianza mentale, in precedenza mescolata ad altre categorie nella varietà di istituzioni a carattere caritativo-assistenziale, negli ospedali civili, se non nelle carceri. Si era quindi cercato ed etichettato l'alienato, purché suscettibile di cure, e poi approntata un'istituzione adatta a lui, il manicomio, che, all'estremo della vicenda, aveva finito sicuramente per esercitare un inedito polo di attrazione per la richiesta assistenziale<sup>38</sup>. Questo bisogno si esprime in vari

molto simile a quello patriottico e progressista degli intellettuali italiani che desideravano la costruzione di un'Italia unita e laica. Durante questa fase la scoperta del folle e della scienza psichiatrica conservarono i caratteri di un'"umana avventura" molto diversa da quella che un cinquantennio dopo avrebbe proposto la psichiatria come funzione di Stato. F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, introduzione a K. Dörner, *Il borghese e il folle*, cit., pp. V-XXXI, pp. XVI e XXIX.

<sup>37</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, cit., pp. 85 sgg.; per una disamina più puntuale dei meccanismi connessi al potere disciplinare della classe medica psichiatrica e all'individuazione del malato cfr. invece M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit.

<sup>38</sup> Il processo è ben riassunto da Vinzia Fiorino: "nel rapporto istituzione-società, la fondazione di un istituto assistenziale ha [...] una ricaduta tangibile sul territorio; la costruzione

modi e coinvolse molti più attori rispetto ai medici e ai pazienti riconosciuti come tali.

### 3. La pazzia guadagna ogni anno terreno

La fiducia nella soluzione manicomiale dette i primi segni di cedimento proprio nel momento in cui le nuove grandi strutture manicomiali erano state completate e la psichiatria italiana si faceva forte, almeno a livello teorico, del nuovo indirizzo dell'anatomia patologica. Alienisti e istituzioni governative cominciarono a rendersi conto delle situazioni di cronicità, difficilmente risolvibili, a cui l'istituzione manicomiale aveva dato luogo, causando non poche preoccupazioni sia ai direttori dei manicomi che allo stato italiano. Da un lato infatti, la cronicizzazione e il sovraffollamento tradivano gli scopi e la fiducia con i quali i manicomi erano stati voluti, pensati, progettati dagli psichiatri, ovvero quelli della curabilità della malattia e dell'ordine e rigore igienico e assistenziale necessari per perseguire tale obiettivo. Dall'altro, la questione presentava problemi di ordine economico, poiché le Province, a carico delle quali era stata posta l'assistenza degli alienati poveri dopo l'Unità d'Italia, erano arrivate a lamentare il collasso finanziario dovuto alle ingenti spese sborsate per i folli ricoverati<sup>39</sup>. L'aumento esponenziale e continuo dei pazienti si registrava peraltro ovunque fra gli esistenti alla fine di ogni anno e non fra i nuovi ricoverati<sup>40</sup>. Alcuni pazienti restavano in manicomio pochi mesi, per sopraggiunta morte o per dichiarata guarigione, altri conoscevano iter di entrate e uscite frequenti dall'istituto, altri ancora rimanevano più anni, una buona parte finiva per trascorrervi un'intera vita.

teorica di una classe di soggetti da assistere, la messa a punto di determinate classificazioni patologiche, la creazione di spazi idonei all'accoglienza di tali soggetti, sono processi atti a creare un bisogno e una domanda di assistenza" e "medici e alienisti, costruendo precise classificazioni sulla base di nuove decifrazioni di segni, hanno agito come creatori di un nuovo bisogno di assistenza" (V. Fiorino, *Il "controllo sociale"*, cit., pp. 142-143).

<sup>39</sup> L'art. 174 della Legge Comunale e Provinciale 10 marzo 1865 stabiliva infatti l'obbligo per le Province al mantenimento dei "mentecatti poveri". Le cifre dei rimborsi erano davvero esorbitanti. Canosa riporta quelle generali per l'Italia: se nel 1871 su un totale del bilancio di spesa provinciale di 74.682.505 £ ne andavano a favore del sussidio dei ricoverati 4.773.241; nel 1880 su una spesa generale di 91.082.841 £ si era arrivati a 8.259.228 £ e nel 1897 ben 13.047.542 delle 111.957.847 £ era utilizzata per sussidiare i folli. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, cit., p. 92. Per rendere l'idea di quanto fosse oneroso il problema del mantenimento basterà riportare uno dei pochi dati trovati nella Cronaca del Manicomio di Siena: nel 1880 erano ospitati nell'istituto 835 degenti, 390 uomini e 445 donne, a carico delle Province, a fronte di soli 38, 25 uomini e 13 donne, ricoverati a carico delle famiglie.

<sup>40</sup> Vd. in appendice il grafico 4.

Secondo il direttore Funaioli, la pazzia era un male dilagante che affliggeva la moderna società, prospettiva la sua, opposta a quella di Livi, che risentiva certamente della nuove tendenze scientifiche e antropologiche. Nel 1882, scriveva il direttore nella Cronaca del manicomio che, fra le ragioni dell'aumento dei pazienti, "non sono estranee le cambiate tendenze della società, la sproporzione fra i bisogni della vita accresciuti ed il lieve aumento dei guadagni, le smodate ambizioni che spesso portano a funesti disinganni, la miseria, la pellagra ecc.". E ne concludeva che "la pazzia guadagna ogni anno terreno"<sup>41</sup>.

Il dilagare della pazzia per ragioni individuali e sociali era tuttavia corroborato da un lamentato abuso del ricovero manicomiale da parte di certe categorie di malati che avrebbero potuto essere agevolmente tratti in seno alle famiglie o curati in ospedale: quelli affetti da debolezza intellettuale senile, quelli affetti da imbecillità parziale o gli epilettici, che, colpiti da malattie all'epoca ritenute sostanzialmente incurabili, contribuivano soltanto ad affollare la schiera dei recidivi e dei cronici<sup>42</sup>. Tutti gli alienisti

<sup>41</sup> "Cronaca del Manicomio di Siena", 1 (gennaio-febbraio 1882), pp. 19-20. Anche la visione di Funaioli, così come quella precedente di Livi, era condivisa dagli alienisti che operavano negli stessi anni, i quali sottolineavano come la moderna società esponesse maggiormente l'individuo a sollecitazioni esterne, nonché a una più serrata lotta per la sopravvivenza (A. Tagliavini, "La scienza psichiatrica". *La costruzione del sapere nei congressi della Società Italiana di Freniatria (1874-1907)*, in V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere*, cit., pp. 117 sgg.).

<sup>42</sup> La classificazione delle malattie mentali utilizzata all'epoca nel manicomio di Siena era quella uniformemente adottata dal 1874 dalla Società Freniatria Italiana ed elaborata da Andrea Verga, utilizzata fino agli ultimi anni dell'Ottocento. La classificazione, che ricalcava ancora le principali forme riconosciute da Pinel ed Esquirol, si basava essenzialmente sulla sintomatologia, distingueva le *frenopatie* in acquisite, ovvero quelle che colpivano l'individuo in età adulta ad intelletto già sviluppato, e congenite, ereditarie o che avessero impedito il completo sviluppo dell'encefalo. Le *frenastenien congenite* erano l'*idiotia*, l'*imbecillità*, ossia le malattie in cui lo sviluppo mentale e intellettuale incompleto si manifestava nel soggetto fin dalla tenera età, comprendendo le forme di ritardo mentale e il *cretinismo*, malattia in realtà derivata da una disfunzione congenita della tiroide. Le *frenosi acquisite* si dividevano in semplici, ossia caratterizzate da disturbi dell'intelligenza e del sentimento, o complicate dai disordini dei sensi, della motilità, delle funzioni organiche. Le prime erano la *mania con furore* o *senza furore*, la *monomania intellettuale* o *impulsiva*, la *lipemania semplice* o *con stupore*, la *demenza primitiva* o *consecutiva*, in cui si aveva perdita di memoria, di padronanza del linguaggio e dei gesti. La mania, che in greco significava letteralmente pazzia, era un'alterazione dell'intelletto che si esprimeva con furore, ira, esaltamento, nella monomania invece il pensiero del malato si dirigeva verso un'unica idea fissa, una paranoia. La lipemania sostituì la malinconia caratterizzandosi per un delirio triste, pur non essendo solo una depressione; la qualità del delirio era all'epoca il criterio diagnostico, oggi i sintomi di alcuni lipemaniaci potrebbero rientrare nei disturbi dell'umore, in quelli da ansia, così come nei disturbi schizofrenici o nel disturbo post-traumatico da stress (vd. la forma con stupore). Oggi la demenza si caratterizza con gli stessi sintomi, ma in forme che sono riconosciute come derivate da patologie precise, come il Parkinson, la malattia di

italiani dell'epoca additavano l'aumento dei pazienti in manicomio *in primis* alla presenza non di pazzi “nel vero senso della parola, cioè affetti da forme di psicopatie ben nette e caratterizzate”, ma dalle categorie degli idioti (64%) degli alcolisti (100%) degli epilettici (50%), dei pellagrosi, dei dementi apoplettici, senili, paralitici, degenerati morali, “così i manicomi sono diventati lo scarico non solo delle famiglie, ma anche degli Ospedali, dei ricoveri e delle carceri”<sup>43</sup>.

Nel caso del manicomio senese alcune di queste categorie possono essere facilmente escluse dal novero degli “affollatori”: i malati provenienti dalle carceri o che avevano commesso atti criminosi tali da meritare una perizia psichiatrica erano un numero irrisorio rapportato all'aumento dei ricoverati, sebbene non mancassero coloro che avevano attraversato situazioni di guai con la giustizia o che fossero stati precedentemente arrestati dagli agenti di Pubblica Sicurezza per piccoli reati, per disturbo alla quiete pubblica, per ubriachezza, per accattonaggio, soprattutto fra la compagine maschile, pur rimanendo un numero non elevato<sup>44</sup>. Giosuè P., celibe, cinquantenne “partì dal suo paese per trovare lavoro e non trovandone andò questuando per la provincia di Grosseto dove fu arrestato. Là, presentando incoerenza nei discorsi, schiamazzi e grida di ogni genere, insonnia e vora-

Huntington, quella di Pick ecc. o da alcune sostanze tossiche, mentre in una forma più lieve rientra fra i Disturbi Amnestici. C'erano poi la *pazzia morale* (in cui l'alterazione dell'intelletto era appena accennata ma esisteva continuamente il perversimento dei sentimenti e degli affetti), la *pazzia circolare* (in cui stati di esaltamento maniaco e di depressione si alternavano, come nell'odierno disturbo bipolare). La seconda categoria comprendeva la *frenosi sensoria* (allucinatoria), la *frenosi ipocondriaca*, la *frenosi isterica* e quella *puerperale* (l'odierna depressione o psicosi post-partum), la *frenosi epilettica* (aggravamento del morbo dell'epilessia), la *frenosi alcolica*, quella *pellagrosa*, quella *paralitica* (derivata dalla sifilide terziaria o dall'alcolismo) e quella *senile*, che oggi comprende le forme di demenza senile, così come il morbo di Alzheimer. Per una completa disamina delle classificazioni vigenti in Italia nella seconda metà dell'Ottocento cfr. P. Sarteschi, M. Guazzelli, A. Cittadini, *I sistemi classificatori nell'ospedale di S. Maria della Pietà a Roma nella seconda metà dell'Ottocento*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, cit., a cura di F. Fedeli Bernardini, pp. 151-156 e G. Salomone, R. Arnone, *La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin*, in “Giornale italiano di psicopatologia”, 15 (2009), pp. 75-88. Mentre, per un confronto con i criteri diagnostici odierni *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, a cura di V. Andreoli, G.B. Cassano, R. Rossi, Milano, 2007.

<sup>43</sup> I dati sono riportati nella *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, redatta proprio nel corso degli anni Ottanta da una commissione composta da Lombroso, Tamburini e Ascenzi, ultimata il 1 ottobre 1891 e trascritta da R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia*, cit., pp. 199-211, p. 200.

<sup>44</sup> Il vagabondaggio non era frequente fra i pazienti del San Niccolò. Soltanto 4 uomini e una donna fra gli internati del 1880, 4 e 2 fra quelli del 1889 venivano indicati come “accattona/a”, “mendicante” o “questuante”, anche se si può supporre che fossero un numero maggiore se vi includiamo coloro che avevano momentaneamente perso il lavoro e vivevano in condizioni di temporanea indigenza.

cià fu qui inviato”<sup>45</sup>. Internato a fine ottobre del 1880 venne riconosciuto come affetto da mania semplice ma, sebbene ristabilito e non mostrando più segni di incoerenza già nel febbraio dell’anno successivo, venne rilasciato guarito soltanto a fine maggio perché, come si legge chiaramente nella cartella, egli stesso fece preghiera ai medici di essere dimesso soltanto alla fine della cattiva stagione. Si trattava nella maggioranza dei casi di persone che, vivendo ai margini della società in borghi o città, avevano perso la famiglia, erano costretti alla questua e vivevano in condizioni di vita difficoltose, magari dovute proprio ad una malattia, mentale o fisica, pregressa. Condotti in carcere o all’ospedale dalle guardie di pubblica sicurezza per aver dato adito a problemi di ordine pubblico, finivano talvolta in manicomio. C’era chi veniva riconosciuto non affetto da lesioni delle facoltà mentali e dimesso quasi subito; chi avendo dato segni di *turbe psichiche* era stato tradotto all’ospedale dalle guardie di P.S.; chi soffriva di convulsioni epilettiche fin dall’infanzia; chi, come Armeno F., sessantasettenne vedovo, riconosciuto affetto da frenosi senile, aveva alle spalle una storia segnata da varie traversie: “è stato alcolista. Dette i primi segni di alienazione mentale nel Dicembre 1888, due anni prima gli morì la moglie e ne rimase dispiacente; divenuto cieco, privo della moglie, dei figli che andavano fuori al lavoro, si lagnava sempre della solitudine e delle sue disgrazie; cominciò a disperarsi e tentò gettarsi dalla finestra”<sup>46</sup>.

Come si evince dalle tabelle degli ammessi nel corso del decennio 1880-1889, la pellagra, che in molte zone del Nord Italia aveva costituito un flagello e fatto gonfiare il numero dei pazienti internati nei manicomi, risultava in Toscana un problema limitato grazie alla permanenza della policoltura e all’alimentazione più varia caratteristica del centro-sud Italia<sup>47</sup>. Quella che

<sup>45</sup> Archivio sanitario del San Niccolò, nosografia 507, Giosuè P., 1889, b. 4.

<sup>46</sup> Archivio sanitario del San Niccolò, nosografia 1765, Armeno F., 1889, b. 12.

<sup>47</sup> La pellagra, frutto dell’avitaminosi causata dal monofagismo maidico, rappresentò nel Nord Italia una vera e propria malattia endemica per tutto l’Ottocento. La famiglia contadina patriarcale venne disgregata con l’introduzione di colture agricole di tipo industriale, contratti misti e stagionali, aspri patti d’affitto e fu pertanto abbandonato il sistema delle vecchie masserie e della policoltura. La soluzione manicomiale fu adottata per coloro che, arrivati ad uno stadio avanzato della malattia, soffrivano di alienazione mentale. Cfr. a proposito G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Roma-Bari, 1987, pp. 290-291 e A. De Bernardi, *Pellagra, stato e scienza medica*, in *Storia d’Italia, Annali*, 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, 1984, pp. 679-704. A Milano, presso il manicomio della Senavra, a metà secolo, quasi la metà dei pazienti internati ogni anno era costituito da contadini affetti da forme maniacali riconducibili alla pellagra e nel corso degli anni Ottanta dell’Ottocento, circa il 26% dei pazienti ricoverati presso la nuova struttura di Mombello ne soffriva. A. De Bernardi, *Pellagra e alcolismo: sviluppo capitalistico e trasformazioni nella configurazione sociale del ricovero psichiatrico (1780-1915)*, pp. 227-294, in A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene*, cit.

dallo stesso Funaioli veniva definita “follia da fame” colpì in realtà non più non più del 5/6% degli entrati ogni anno.

Numeri maggiori fecero effettivamente registrare la *frenosi senile* e la *demenza primitiva*<sup>48</sup>, la cui causa principale era tributabile, secondo Funaioli, alla situazione di miseria che coinvolgeva la popolazione agricola toscana, che a un deperimento organico faceva seguire una distrofia cerebrale; mentre la *demenza consecutiva* apportava un numero piuttosto variabile di malati ogni anno, non altissimo<sup>49</sup>. Dobbiamo tuttavia considerare che, in base alle cartelle cliniche, molti dei pazienti ammessi con una diversa diagnosi venissero in seguito dichiarati come “passati a demenza” qualora la patologia avesse registrato un peggioramento e non ci fossero gli estremi per la dimissione, decretando un sostanziale fallimento del medico, fosse esso a livello diagnostico o terapeutico. Buona parte dei pazienti esistenti – in qualche annata fino alla metà – era rappresentato da affetti da demenza consecutiva. Anche l'epilessia, nel cui caso oltre alla lungodegenza era coinvolta in percentuali piuttosto elevate anche la recidività, costituiva un contingente importante fra i degenti ammessi ed esistenti. Molti degli epilettici, qualora non avessero ancora subito danni cerebrali e fisici permanenti attesi dalla malattia, venivano dimessi in mancanza di attacchi epilettiformi per lungo tempo, per poi rientrare frequentemente. Del resto, vista l'età avanzata di coloro che ne erano affetti e l'impossibilità di trovare una cura, queste malattie erano anche quelle che nel tempo restituivano un maggior numero di morti fra i pazienti che ne erano affetti.

#### 4. La legge e la scienza medica

Per confrontare la situazione senese con quella di altre nel territorio italiano bisogna tenere conto di una serie di fattori influenti sulla modalità del ricovero manicomiale. Il sistema per l'internamento in Toscana era, infatti, ancora regolamentato dalla legislazione emanata dal Granduca Leopoldo II nel 1838, lo stesso anno in cui entrava in vigore la legge nazionale sugli alienati francese. La regione aveva conosciuto effettivamente un'attenzione normativa nei confronti della cura dei folli nel contesto delle riforme sociali e politiche operate da Pietro Leopoldo che, nel 1774, varò una legge per il collocamento dei folli fiorentini in un apposito manicomio e affidò negli anni successivi al medico Vincenzo Chiarugi, il quale si era occupato del

<sup>48</sup> Funaioli attribuì la diminuzione degli internati per causa di frenosi senile a partire dal 1884 all'efficacia delle numerose invettive pronunciate negli anni precedenti dai numeri della Cronaca.

<sup>49</sup> Per i dati relativi alle malattie dei pazienti in entrata, esistenti, in uscita e morti vd. le tabelle 1, 2, 3 e 4 in appendice.

problema della psichiatria nel trattato del 1793 *Della pazzia*, il compito di occuparsi dei nuovi istituti di Santa Dorotea prima e di Bonifazio poi<sup>50</sup>. Mentre per tutto l'Ottocento, in attesa della legge nazionale del 1904 che avrebbe unificato le procedure di internamento, in molti manicomi si utilizzarono in larga misura sistemi a base di una supplica familiare e di atti amministrativi poco accurati<sup>51</sup> per il ricovero dei pazienti, il regolamento adottato in Toscana era legalmente abbastanza rigido e controllato. Con il *Motu proprio* del 2 agosto 1838 veniva infatti stabilito: "anche la semplice reclusione di una persona per causa di demenza negli spedali, ospizi ecc. nei quali si ha cura e custodia di coloro che ne sono attaccati, non potrà aver luogo che in forza di un decreto che l'autorizzi, del tribunale di prima istanza del domicilio della persona stessa dopo una sommaria verifica in camera di consiglio e nel segreto"<sup>52</sup>. La legislazione prevedeva, in caso di necessità e urgenza, che fossero "i ministri di polizia e buon governo" a chiedere la reclusione preventiva dei malati nelle stanze d'osservazione delle carceri o dei detti istituti, salvo poi avvisare l'autorità tribunizia entro 24 ore dall'ordine, accompagnando la notizia con le carte giustificative. Qualora questa non avesse emesso il decreto di reclusione infatti, la custodia permanente non poteva essere autorizzata. Come si evince anche dalle carte relative al ricovero dei malati contenute nell'archivio sanitario senese, ancora negli anni Ottanta dell'Ottocento, e fino all'emanazione della legge del 1904, questo sistema era in vigore ed era considerato dagli alienisti dell'epoca, occupati a indicare le linee per un progetto di legge nazionale, come quello maggiormente funzionale al ricovero dei pazienti, salvo il fatto che l'autorizzazione tribunizia preventiva portasse spesso a delle lungaggini e si ricorresse nei fatti sempre più spesso all'internamento per decreto degli organi di pubblica sicurezza<sup>53</sup>.

Nel dettaglio, i malati i cui casi non presentavano particolare urgenza venivano ricoverati dietro rilascio, previa requisitoria del Pubblico Ministero che diventava immediatamente effettivo, di un decreto del Tribunale Civile a cui faceva capo il comune di provenienza. In altri casi invece, era l'Ufficio di Pubblica Sicurezza del Comune, o addirittura il sindaco stesso, a chiedere la reclusione preventiva dei malati, allegando talvolta la modula informativa compilata da un medico che aveva visitato il malato, o procurandosi di farla pervenire in seguito. Erano questi uffici a richiedere poi l'autorizzazione

<sup>50</sup> F. De Peri, *L'ideologia manicomiale e la scienza psichiatrica*, cit., pp. 96-97.

<sup>51</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate, vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, 2002, p. 37.

<sup>52</sup> Si tratta dell'art. CXII del *Motu proprio*, riportato anche in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, cit., p. 28.

<sup>53</sup> *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno*, cit., p. 195.



al Tribunale per la reclusione provvisoria o definitiva. Il ruolo dei sindaci risulta essere stato piuttosto importante. In un sistema che risultava infatti legalmente ingessato, erano probabilmente loro l'autorità che maggiormente fungeva da tramite fra le famiglie e l'istituzione manicomiale, sia per il ricovero che per la richiesta di notizie e di dimissioni.

Si può supporre che in tale sistema il tribunale non facesse che ratificare, nella grande maggioranza dei casi, decisioni già prese ed avere un ruolo, nei fatti, puramente formale.

Erano d'altra parte gli ospedali civili, almeno nel caso senese, i tramite principali della reclusione in manicomio. Anche la compagine delle forze di polizia, infatti, qualora i probabili futuri pazienti fossero stati arrestati in seguito a disturbo dell'ordine pubblico, doveva comunque, nelle provincie che mandavano i malati a Siena, consegnare i fermati che davano segni di squilibrio mentale agli ospedali, direttamente o tramite la mediazione delle carceri. Lo stesso valeva per le famiglie. La tradizione degli ospedali civili come luogo di prima accoglienza e smistamento dei pazienti folli verso altri istituti risale al Settecento, ma fu nel corso della seconda metà dell'Ottocento che i medici divennero gli agenti principali del ricovero manicomiale un po' ovunque, sostituendosi, anche laddove non vigevano leggi accurate come quella toscana, alle forze di polizia nel reclutamento e alla compagine ecclesiastica nella gestione sia degli internamenti che della malattia psichica. Il progetto psichiatrico/manicomiale fu veicolato e appoggiato da medici condotti, generici e da quelli degli ospedali civili, in una fase di affermazione della scienza medica e di "medicalizzazione" della società civile nel corso del XIX secolo<sup>54</sup>. Emblematica di questo processo evolutivo che coinvolse la società, inizialmente soprattutto nelle sue frange più istruite e abbienti, è la storia di un paziente ricoverato nel 1889, Serafino B., un giovane sacerdote che soffriva di cefalee e venne internato con la diagnosi di lipemania. Il racconto del decorso della sua malattia è rappresentativo dell'intreccio fra sapere religioso, popolare e infine medico al quale il sacerdote si risolse a rivolgersi. Decise di intraprendere la carriera ecclesiastica e nel 1877 venne ordinato suddiacono, quando:

<sup>54</sup> V. Fiorino, *Matti, indemoniate, vagabondi*, cit., p. 60. La nascita della psichiatria come scienza medica e la formazione del ceto professionista degli alienisti vanno inserite in una dinamica più estesa, che si evince in parte dai paragrafi precedenti; come scrive sempre Fiorino: "all'interno di questo processo vanno individuati diversi cambiamenti: l'affermazione dei medici come preciso gruppo professionale, quella degli psichiatri come figure di medici specializzati, formati in seguito a uno specifico *training* culturale, il pubblico riconoscimento della piena responsabilità e del monopolio in materia di sanità mentale attribuito al nuovo ceto professionale" (*ibidem*). Per l'evoluzione della figura e del ruolo del medico in Italia nell'Ottocento cfr. invece M.L. Betri, *Il medico e il paziente (1815-1859)*, in *Storia d'Italia. Annali*, 7, *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, cit., pp. 209-232.

aveva già cominciato a sentirsi smemorato a non aver più la forza d'applicarsi assiduamente come prima, perciò rimase incerto se l'aversi trovato in tali circostanze avesse potuto influire sul modo col quale erasi accinto a fare la sua professione di fede: cominciò col preoccuparsi a dubitare di non essere stato bene ordinato, a credere di essere un gran peccatore e ad aver paura perché Dio lo avrebbe punito perché aveva fatto quello che non doveva, non essendone in grado per lo stato di mente in cui trovavasi. [...] La preghiera fu da prima il mezzo a cui ricorse, ma, la divinità rimanendo muta ed avara di soccorso per lui, pensò allora ai rimedi che poteva offrirgli la scienza; e difatti consultò vari medici e fece diverse cure; ma al solito siccome non vedeva alcun miglioramento del suo stato, volle mettersi nelle mani di un empirico che godeva fama di provetto; ne ebbe delle medicine e con fiducia eseguì la cura che il *semplicioso* [sic] gli suggerì, ma anche qui dovè rimanere deluso; anziché migliorare si sentì sempre peggio, le parve dapprima che il capo gli si vuotasse, poi progressivamente tutto il corpo.

Caduto in uno stato fortemente depressivo a causa dell'impossibilità di svolgere correttamente l'esercizio delle proprie funzioni, fu infine ricoverato al Manicomio dal quale uscì guarito e richiesto dalla propria famiglia<sup>55</sup>.

Se da un lato i medici dettero ampio contributo al successo dell'internamento manicomiale, sottraendo il campo della malattia mentale, così come quello delle malattie comuni, alla schiera di ciarlatani, esperti, religiosi e al campo della conoscenza popolare e tradizionale, abbiamo sufficienti elementi per credere che essi agissero anche in un altro senso, rappresentando, almeno agli occhi degli psichiatri, un filtro un po' più efficace rispetto alle forze di polizia e governo, nonché dei parroci e dei sindaci. Molti dei pazienti ricoverati provenivano dal domicilio, soprattutto se si trattava di recidivi e di residenti nella provincia senese, data la maggiore agevolezza anche procedurale, ma per più della metà dei pazienti, soprattutto fra quelli del 1889, il rapporto col manicomio era mediato dalle strutture ospedaliere generali e civili. Con tutta probabilità, esse agivano maggiormente nelle zone dove erano più ricettive e nei capoluoghi di provincia: le strutture ospedaliere delle città di Pisa, Livorno, Arezzo, Siena in testa a tutte, ma anche quelle provinciali di Colle Val d'Elsa, San Gimignano, Sinalunga, Montepulciano per la provincia senese, Orbetello, Massa Marittima, Castel del Piano per il grossetano, Porto Ferraio nell'Isola d'Elba, Volterra per il pisano, Cortona per l'aretino, erano indicati frequentemente come luoghi di provenienza. Ognuno di questi ospedali era dotato di stanze di osservazione dove gli alienati erano provvisoriamente ricoverati in attesa di un verdetto sulla propria salute mentale<sup>56</sup>. La parola sull'internamento di

<sup>55</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1714, Serafino B., 1889, b. 12.

<sup>56</sup> La storia delle Stanze d'Osservazione dell'ospedale di Pisa è parzialmente ricostruita da V. Biotti, *Alle origini delle istituzioni manicomiali toscane: le "Stanze di Osservazione degli*

questi pazienti spettava perciò a medici ospedalieri. Resta pur vero che in certi casi il passaggio dalle stanze d'osservazione di un ospedale generale a quelle manicomiali poteva essere sollecitato dall'esigenza di accogliere in esse nuovi pazienti, ma sicuramente l'ospedale era, oltre che un filtro, un centro di prima accoglienza caratterizzato da personale esperto che evitava, qualora la malattia mentale avesse potuto risolversi in tempi brevi, l'oneroso mantenimento in un manicomio da parte delle istituzioni.

Il ricovero in un ospedale generale non rappresentava effettivamente un marchio infamante: la malattia mentale poteva essere mascherata con qualsiasi altra patologia o fatta passare per un disturbo passeggero e la breve permanenza in un ospedale civile, vicino al luogo di residenza e a portata di mano, poteva in fin dei conti essere considerata una soluzione preferibile anche dalle famiglie dei malati rispetto al ricovero in manicomio se non strettamente necessario. Più volte si trovano, riportate dall'anamnesi delle cartelle cliniche, tracce di ricoveri prettamente ospedalieri in seguito ai quali i pazienti erano tornati a casa o per decisione dei medici ospedalieri o delle famiglie che cercavano, quando possibile, di tutelare i propri familiari. Pasqua D.L., trentenne, contadina, coniugata e madre di un figlio, entrò al S. Niccolò l'8 aprile 1880, ma nell'anamnesi troviamo descritto, con tanto di date particolareggiate, il decorso della sua malattia:

cominciò a dare segno di alienazione mentale nel Settembre 1879. In pochi giorni però ritornò quieta. Fu inviata come alienata allo Spedale di Montepulciano il 9 febbraio 1880, era allora melanconica, ma dopo 20 giorni la melanconia cessò e fu rinviata a casa. Però da quell'epoca ebbe sempre incoerenza nelle idee. Il 29 marzo fu invasa da vero delirio furioso e il 2 Aprile fu ricondotta allo Spedale di Montepulciano<sup>57</sup>.

Evidentemente, dopo il secondo ricovero presso le stanze dell'ospedale, i medici risolsero per il suo invio al manicomio.

Fra le altre cose, bisogna tener conto che, in mancanza di ricerca e sviluppo di una terapeutica farmacologica specifica, le cure prettamente me-

*Spedali Riuniti di Pisa a metà '800*, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici*, cit., pp. 175-207. A partire dall'emanazione delle norme toscane in materia di alienati del 1838, le procedure di ammissione dei malati in questa struttura e la loro osservazione seguirono delle metodologie volte a raccordare scelte e criteri a quelli del San Bonifazio di Firenze, allora deputato ad accogliere gli alienati pisani. I commissari dell'Ospedale e il Governo, sebbene per motivi diversi, si raccomandavano ai medici affinché eseguissero dettagliati ma anche celeri consulti per determinare se il paziente soffrisse realmente di una malattia mentale tale da richiedere l'invio in manicomio. L'accuratezza era indice di garanzia sia per l'individuo, sia per l'istituzione provinciale che provvedeva alle ingenti spese di mantenimento dei malati.

<sup>57</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 308, Pasqua D.L., 1880, b. 300.

diche somministrate all'epoca presso gli ospedali civili o dai medici erano le stesse, e pochissime, utilizzate in manicomio: oppiacei e sedativi come cloralio, laudano e morfina per tranquillizzare i pazienti durante eventuali accessi di violenza o esaltamento e indurre il sonno, vescicanti e mignattazioni per ridurre la pressione sanguigna, bromuro di potassio per i convulsioni, cordiali per i casi in cui vi era uno stato depressivo, vitto ricostituente, bagni caldi o freddi per riequilibrare gli stati d'animo, uso dei mezzi di contenzione di forza come le camiciole o camicioni all'occorrenza. Tutti mezzi utili a ristabilire momentaneamente le condizioni dei pazienti.

Non è infrequente nemmeno trovare tracce di malattie precedenti che erano state, per così dire, tollerate dalle famiglie prima di ricorrere al drastico mezzo della reclusione manicomiale. La sensibilità nei confronti dei propri familiari è un dato soggettivo, variabile, non quantificabile. Può darsi che in alcune famiglie l'esclusione dell'elemento improduttivo, di disturbo, poco gradito e utile nella vita familiare portasse con facilità alla conduzione in manicomio, ma non sempre andava così. Dopo tutto, anche accantonando i sentimenti affettivi, un congiunto che poteva celermente guarire dopo un ricovero ospedaliero o la somministrazione di rimedi da parte di un medico generico, le cui stranezze potessero essere sopportate o celate il più possibile, era un congiunto recuperato all'economia della famiglia. Laddove il filtro ospedaliero non svolgeva la propria funzione, era chiaramente più frequente che categorie di malati considerate meno bisognose di specifiche cure manicomiali finissero ricoverate. Del resto, affinché si venisse ricoverati in manicomio, bastava essere dichiarati o pericolosi o deputati al pubblico scandalo; oltre alla richiesta da parte delle autorità era necessaria la visita di un medico e la compilazione di una modula informativa, cosa che però, a quanto si apprende da alcune cartelle cliniche, non sempre avveniva.

## 5. Figlia di “Tanta Fame”

“Tanta Fame” era il soprannome emblematico appartenuto al padre di una delle pazienti ricoverate al San Niccolò. Nella dinamica delle ammissioni un ruolo centrale era giocato certamente dalle famiglie, poiché in fin dei conti erano queste che decidevano il momento della denuncia di sospetta follia e se e quando far ricoverare i propri parenti, configurandosi come uno dei tramiti e dei poli cruciali della vicenda ottocentesca dell'internamento manicomiale. La famiglia agiva come tramite ed era al contempo lo spazio preponderante nella vita dei pazienti, nel quale si rendeva palese, si sviluppava la follia, e che da essa andava salvaguardata. Possiamo infatti supporre, per ciò che si è detto in precedenza sulla struttura della famiglia toscana e sulla composizione sociale, che molti dei ricoverati una famiglia d'appartenenza l'avessero. Le situazioni legate al vero vagabondaggio solitario e alla criminalità erano

come abbiamo visto una parte limitata degli ammessi. Bisogna però tenere conto del fatto che l'universo familiare da cui provenivano i pazienti toscani dell'epoca era un contesto fortemente caratterizzato, se non da situazioni di diffusa disgregazione, da povertà o miseria, in cui non vi era presumibilmente molto spazio per i soggetti che richiedevano cure assistenziali assidue e soprattutto dispendiose. Le indicazioni sullo stato economico dei pazienti che entravano danno conto della povertà diffusa e del perché quasi nessuno di loro fosse in grado di provvedere alla retta manicomiale<sup>58</sup>. La miseria e la rovina erano uno degli argomenti cardine sui quali veniva tradizionalmente costruita la causalità della follia<sup>59</sup>, quasi sempre annoverata anche nelle cartelle cliniche senesi, effettivamente considerata la grande mietitrice di vittime di sofferenza psichica, non tanto nelle forme comuni riconducibili alla malnutrizione come la pellagra, ma in quelle a carattere depressivo, per la mancanza di mezzi economici idonei al sostentamento di sé e dei propri familiari. Una delle patologie che riscosse maggior successo negli anni presi in considerazione fu proprio quella della lipemania, dove la lesione dei sentimenti dava adito a stati d'animo malinconici, depressivi, a senso di frustrazione e impotenza, inoperosità, profonda tristezza e abbattimento a causa di un'idea ricorrente. Nei casi più gravi si esprimeva con forme di autocolpevolizzazione, timori ricorrenti e tentativi di suicidio reiterati<sup>60</sup>.

D'altra parte, non si hanno motivi per sostenere che l'indigenza non fosse l'effettiva condizione nella quale versavano molti dei pazienti. Al contrario, numerosi studi di carattere storico economico sottolineano l'effettivo e progressivo impoverimento delle campagne toscane, e italiane, nel corso della seconda metà dell'Ottocento<sup>61</sup>.

<sup>58</sup> Rispettivamente nel 1880 e nel 1889 furono 43 e 135 i pazienti ricoverati come *miserabili*; 139 e 93 come *poveri*; 11 e 14 come *aventi il necessario*; 26 e 5 in condizione *mediocre*; 4 e 13 in condizione *discreta*; 15 e 12 come *benestanti*; 2 e 4 come *possidenti*.

<sup>59</sup> Mi riferisco qui alla riflessione di Michel Foucault sulle cause della follia teorizzate nella prima metà dell'Ottocento. I medici psichiatri avrebbero individuato nella famiglia d'origine l'occasione della follia, ricondotta alle contrarietà, alle preoccupazioni relative al denaro, alla gelosia amorosa, ai dispiaceri, i distacchi e, appunto la miseria e la rovina. M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., pp. 93 sgg.

<sup>60</sup> Cfr. A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia (1873-1904)*, in "Genesis", 1 (2003), pp. 63-90, pp. 64-65.

<sup>61</sup> Secondo i dati elaborati da Breschi e Malanima infatti, la transizione demografica che interessò la Toscana a partire dall'Ottocento, non essendo accompagnata da uno sviluppo in senso industriale, e quindi da una maggiore produttività del lavoro, dette luogo ad una crescita economica assai modesta e nel complesso si ebbe nel corso del secolo una stagnazione. I salari rimasero bassi e l'aumento della popolazione dovuto alla diminuzione della mortalità, determinò un'alta pressione sulle condizioni di vita, nonché sulle risorse disponibili a livello territoriale e agricolo, fonte di povertà diffusa (M. Breschi, P. Malanima, *Demografia ed economia in Toscana*, cit., pp. 25-30).

Funaioli non mancava di sottolineare che, se la pazzia guadagnava terreno e i manicomi erano affollati da pazienti incurabili, altri motivi concorrevano a gonfiare le cifre dei ricoverati:

Oggi, conviene il dirlo, i manicomi non sono più le tombe dei vivi, non destano altrimenti quel ribrezzo che suscitavano una volta quando le pesanti catene cingevano i piedi e le mani dei poveri alienati ed il bastone faceva le veci del clorallo e della morfina. [...] Oggi le famiglie si piegano volentieri a recludere nel manicomio i loro parenti, ma talvolta pur troppo vengono reclusi alienati incurabili, innocui, che una volta si tenevano gelosamente custoditi o si riputava a barbarie recludere, per toglierli dopo qualche mese dopo avere ottenuto un sussidio<sup>62</sup>.

L'enfasi con cui veniva additata la procedura della custodia familiare era dettata sia dalla cieca e incontrastata fiducia che Funaioli nutriva nell'istituzione manicomiale, che dalla volontà di risolvere il problema della cronicità. Del resto, se lui si mostrò fortemente contrario alla custodia familiare, sul finire del secolo, mercé il sovraffollamento dei manicomi e con un notevole cambiamento di rotta, questo strumento venne preso in considerazione e giudicato positivamente da molti psichiatri. Giudicato come "mezzo scientifico e pratico di cura" che "non solo promuove lo sviluppo delle attitudini spirituali, secondo le vecchie abitudini dell'alienato, ma è consigliabile per ragioni di ordine economico e pratico, essendo affatto immorale il tenere fra i pazzi quelli che tali non sieno riconosciuti"<sup>63</sup>. La soluzione risultava economica per gli enti provinciali, le cui casse erano dissanguate dal mantenimento dei poveri alienati, poiché, onde evitare una speculazione sui sussidi e risparmiare, le cifre per il mantenimento furono fissate a somme minime e la loro contrattazione con le famiglie venne giocata al ribasso, a fronte di rette manicomiali giornaliere piuttosto alte<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> "Cronaca del Manicomio di Siena", 1 (gennaio-febbraio 1882), p. 21.

<sup>63</sup> *Sunto analitico sul parere dei Medici Psichiatri nei Congressi tenuti negli anni 1890 e 1891 a Milano*, in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia*, cit., p. 216. Fra i medici schierati a favore della custodia familiare dei malati tranquilli e innocui troviamo i prof. Venturi, Tamburini, Pergami, Algeri, Zuccarelli e Morselli. Fra coloro schierati contro la pratica affidataria vi erano i medici Gonzales, Giliforti e Virgilio, che lamentavano la mancanza di economicità per le Province, il possibile maltrattamento dei malati e la mancanza di autorità del Direttore del Manicomio, nonché la possibilità di speculazione da parte delle famiglie sul sussidio.

<sup>64</sup> Una disamina della presenza di questa procedura nelle Province italiane venne fatta sempre nel rapporto della relazione di Lombroso-Tamburini. La retta giornaliera del manicomio di Siena era di 1,50 £ al giorno, quelle concesse per il mantenimento in famiglia arrivarono a toccare in certe province il tetto massimo dei 75/80 centesimi e un minimo di 10 centesimi giornalieri. *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno*, cit., pp. 219-220. Per ciò che riguarda il sistema adottato nella provincia fiorentina cfr. invece l'ampio e dettagliato saggio, unico ad affrontare l'argomento, di P. Guarnieri, *Matti in Famiglia. Custodia domestica e manicomio nella Provincia di Firenze (1866-1939)*, in "Studi Storici", 2 (2007), pp. 477-521.

Se si chiedeva alle famiglie la fiducia nei confronti dell'istituzione manicomiale, la "poco lodevole" pratica della concessione di sussidi da parte della Provincia per la custodia familiare era denigrata da Funaioli innanzitutto perché i parenti inviavano i propri familiari in manicomio anche qualora avessero avuto la possibilità di trattenerli a casa, per poi richiederne l'affidamento dopo pochi mesi a patto che ne uscissero accompagnati da un sussidio, "ché altrimenti ogni sentimento d'affetto veniva meno". In mancanza di controlli efficaci sul mantenimento da parte delle famiglie, il sussidio veniva poi erogato per anni e anni, senza che si andasse a verificare se il malato in questione fosse guarito, deceduto, in grado di lavorare. Questa pratica sarebbe andata a tutto vantaggio della famiglia, rappresentando un'entrata importante considerate le condizioni di povertà ma a completo svantaggio dei poveri folli, "i quali tornati in seno delle loro famiglie, costituivano gli inciampi della casa", sfruttati per il lavoro fisico o abbandonati a se stessi. I malati riaffidati alle famiglie vagavano spesso per città e borghi soli, incustoditi, in ambienti malsani, non adatti alle proprie condizioni, scherniti e derisi da tutti, "in mezzo a persone che non sapevano intenderli, guidarli, compatirli nei loro puerili difetti" e i medici del San Niccolò assistettero perfino "ad un processo nel quale il padre era accusato di deflorazione della figlia imbecille, epilettica, che gli era stata consegnata pochi mesi innanzi alla custodia domestica!"<sup>65</sup>.

Sulle presunte conseguenze derivate dalla custodia familiare non si possono formulare ipotesi attendibili, ma soltanto confermare l'aumento di tale pratica; se i familiari fossero effettivamente in grado di prendersi cura dei propri cari non è altrettanto elemento verificabile, ma gli affidamenti alla custodia familiare avevano fatto aumentare la compagine degli usciti dal manicomio, e non fra i guariti ma fra i migliorati, in maniera consistente<sup>66</sup>. I pazienti dimessi come tali infatti passano da 8 uomini e 15 donne del 1880 a 17 e 17 nel 1883, a 28 e 35 del 1886 e a 44 e 55 nel 1889. Ciò su cui possiamo citare Funaioli è in sostanza la presenza di meccanismi di sfruttamento dell'istituzione manicomiale da parte di famiglie e pazienti.

Vari studi, secondo tendenze storiografiche recenti, hanno sottolineato la capacità di sfruttamento da parte delle famiglie e dei singoli delle istituzioni assistenziali e non è difficile trovarne testimonianza fra i ricoveri senesi. Le istituzioni pubbliche, infatti, erano difficilmente in grado di provvedere al problema sociale dell'indigenza e della povertà, così come a quello della solitudine di molti vedovi, orfani, vagabondi e la reclusione in un manicomio

<sup>65</sup> *Il nostro asilo dei cronici. Degli asili dei pazzi cronici e loro importanza per Prof. Paolo Funaioli medico soprintendente del Manicomio di S. Niccolò*, in "Cronaca del Manicomio di Siena", 4 (1894), pp. 89-92.

<sup>66</sup> Vd. in appendice le tabelle 4 e 5 relative alle cifre e alle diagnosi dei pazienti in uscita.

e l'etichettatura come "pazzo" era sì un marchio infamante, non volontaria e subita dalla maggior parte dei pazienti, ma poteva tutto sommato rappresentare una situazione momentaneamente preferibile ad una vita di stenti e privazioni. Al di là delle teorizzazioni scientifiche sulla malattia mentale e sulla sua solvibilità in termini medici, per molti pazienti, la "cura" poteva essere rappresentata semplicemente dalla possibilità di un vitto nutriente e sicuro. Luigi G., affetto da mania, aveva indotto i parenti a portarlo all'ospedale dopo che un giorno cominciò a riunire tutta la famiglia per comunicare loro che grazie a una grande fortuna erano diventati tutti ricchi, che lui aveva imparato a scrivere e a dare la benedizione, salvo poi tentare di affogarsi in una vasca. Portato al San Niccolò cominciò a rendersi conto di ciò che aveva pensato e fatto nel corso del periodo precedente e a giustificare la propria malattia in questi termini: "come causa della malattia egli ritiene esclusivamente la miseria e la cattiva nutrizione, poiché, a quanto dice, raramente ha mangiato pane di grano e per lo più pane di segale, polenta di granturco, raramente carne e vino"<sup>67</sup>.

Giuseppe D.C., accattone di 50 anni, aveva tentato di suicidarsi due volte per via della miseria e non di "pervertimento di sentimento", come egli stesso diceva; "eccessivamente preoccupato della sua salute non parla che di questa e spiega le ragioni per cui à [*sic*] sempre poco lavorato, col dirci che essendo difettoso di corporatura e per giunta cieco da un occhio e debole nel camminare, non aveva mai potuto applicarsi sul serio ed apprendere un mestiere, e che ora andava accattando". Dopo aver tentato il suicidio "se ne andò a Pisa al Comune, domandando che lo inviassero al Ricovero ed allo Spedale perché era debole e claudicante: fu condotto invece in 'pazzeria'"<sup>68</sup>. Per lui il ricovero in manicomio fu l'*extrema ratio* di un cammino in cui si richiedeva fondamentalmente un aiuto assistenziale ed economico, ma Giuseppe fu comunque internato e schedato con una diagnosi di frenosi ipocondriaca.

Giuseppe G., giovane senese di 32 anni, venditore di carta, povero e bevitore di alcolici, soffriva di presunti attacchi convulsivi causati dall'epilessia dall'età di 12 anni. La sua vita scorreva fra un ricovero e l'altro e alla sua sesta ammissione al San Niccolò rientrò dopo essere stato curato presso il S. Maria della Scala varie volte. Ai medici raccontò chiaramente che:

appena uscito dal manicomio si dette a cercare di guadagnarsi il pane industriandosi come meglio poteva. La vita libera e il danaro lo spinsero ad abbandonarsi agli abusi in seguito ai quali si riaffacciarono le convulsioni che lo costrinsero a ricoverarsi nell'Ospedale. Attualmente nell'impossibilità di guada-

<sup>67</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1766, Luigi G., 1889, b. 12.

<sup>68</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1733, Giuseppe D.C., 1889, b. 12.



gnarsi da vivere ha consigliato sua sorella a farlo condurre al manicomio per vedere di poter riuscire di qui con un sussidio<sup>69</sup>.

Lo spettro della povertà appare una delle paure più diffuse fra i pazienti. Ai più bassi livelli della scala sociale o a quelli più elevati, una delle preoccupazioni maggiori era quella di cadere in miseria e non riuscire più a provvedere al mantenimento della propria famiglia; per coloro che si trovavano in una situazione di agiatezza economica, soprattutto se uomini, la perdita di denaro o del posto di lavoro poteva coincidere con la perdita della stima altrui, il disonore, e perfino della fiducia in se stessi.

Non mancano invece casi in cui il ricovero veniva accolto come una liberazione definitiva da una vita di stenti e preoccupazioni continue. Ferdinando B., bracciante di 54 anni, era sposato e aveva una famiglia alla quale provvedere, ma il suo stato malinconico mostrava un fondo di esasperazione. Venne descritto così:

I sentimenti poco sviluppati: preoccupato troppo ed alle strette con la più spaventosa miseria, tutti i suoi pensieri erano assorbiti da uno più grave, cioè dalla difficoltà di poter campare la vita; da lavorare lo trovava, ma con tutta la sua buona volontà non riusciva a guadagnare tanto da sfamarsi. [...] Ogni tanto giacché aveva perduto il sonno, di notte sentiva delle voci che lo minacciavano e dicevano “ammazzalo” e lui talmente se ne impauriva, che fuggiva di casa ed andava vagando senza scopo né direzione per la campagna: idee deliranti ne manifestava, ed abbiamo detto in che consistevano. Ora conviene d'essere più tranquillo d'aver riacquistato il sonno e di stare meglio, perché non à più da affrontare le necessità della vita e non deve preoccuparsi del pane; anziché inquietarsi perché è recluso, se ne mostra soddisfatto ed à speranza di non più uscire dallo Stabilimento<sup>70</sup>.

Ma una rapida guarigione e il ritorno alle consuete occupazioni erano l'auspicio sicuramente più diffuso. Del resto, l'inutilità e la sensazione di costituire un peso per tutti i propri cari faceva parte anche dell'auto-percezione dei pazienti, rivelando quanto fosse limitato l'orizzonte di una vita di sacrificio e di lavoro indefesso per la sussistenza, dove erano del tutto assenti la gratificazione, il tempo e i mezzi economici per potersi dedicare a qualsiasi altra attività o semplicemente al riposo, perfino in vecchiaia.

Agostino C., contadino, internato a 57 anni per lipemania nel 1889, aveva visto un proprio figlio alienato e una figlia morire nello stesso manicomio;

<sup>69</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 449, Giuseppe G., 1880, b. 3. Ricordo che la pericolosità del malato e il pubblico scandalo erano le condizioni necessarie per poter essere ricoverati come mentecatti poveri a carico delle istituzioni.

<sup>70</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1742, Ferdinando B., 1889, b. 12.

credeva di non possedere grandi qualità intellettive e per lui la perdita di tranquillità nello svolgere le mansioni del proprio mestiere era motivo di grande inquietudine, così si riteneva soddisfatto della sua permanenza in manicomio e di non essere di peso alla famiglia.

La memoria è sopita e male si riesce a svegliarla. Egli ci fa sapere che in sua famiglia sono tutti un po' scemi e che per il capoccia dovettero ricorrere a fare suo genero in quanto che, né esso, né i suoi figli erano capaci. L'unica causa che avrebbe determinato l'attuale malattia, secondo le sue asserzioni, sarebbe stata la preoccupazione di non aver da dare da mangiare alle bestie che aveva nella stalla, per cui cominciò a perdere il sonno, e ci racconta che in casa in questi ultimi giorni non faceva che sospirare e tormentare i suoi con la irrequietezza e la smania che lo padroneggiavano. Del suo passato è in grado di rendere poco conto e per farlo discorrere a tono bisogna insistere molto sullo stesso argomento. I sentimenti affettivi sono ben pronunziati e assicura che è dispiacentissimo di aver dovuto abbandonare i suoi figli, ora che le faccende dei campi richiedevano maggiormente l'opera sua, ma d'altra parte conviene che nelle condizioni nelle quali si trova non sarebbe loro che d'imbarazzo e per questo si assoggetta volentieri a stare in questo stabilimento<sup>71</sup>.

Sono le parole delle donne a restituirci una disperazione in cui il sentimento di frustrazione dovuto alle privazioni e la responsabilità assumevano i toni di una vera e propria immolazione personale per figli e coniugi. Particolarmente incisive sono le storie di Carlotta R. in B., contadina di 64 anni e Rosa C. in B., tessitrice trentunenne.

Rosa viveva a Ponsacco, nella provincia pisana, lavorava indefessamente per riuscire a guadagnare qualcosa ma, nonostante questo, le era difficile reperire il denaro necessario per i propri figli e venne trovata dai medici in stato di grave anemia al momento del ricovero.

La memoria è benissimo conservata e con un po' di pazienza si riesce a sapere quello che si vuole tanto sul suo passato remoto, che su quello che ha attinenza coll'attuale sua malattia, della quale una delle cause più potenti deve essere stata la miseria. Infatti essa ci mette a cognizione che suo marito, essendo un povero zappaterra che va ad opera, nell'inverno scorso, come in generale negli inverni anteriori, non guadagnava quasi nulla, per cui ella era costretta in tali epoche dell'anno a strapazzarsi al telaio più di quanto le sue forze consentivano, e tanto, anche facendo immensi sacrifici, non arrivava a sopperire ai bisogni della famiglia, e ci ha raccontato che più di una volta per dare un po' di pane a suo marito, se ne è privata lei stessa<sup>72</sup>.

<sup>71</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1767, Agostino C., 1889, b. 12.

<sup>72</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1435, Rosa C. in B., 1889, b. 307.

Carlotta, essendo più anziana, aveva una famiglia più numerosa e le sue preoccupazioni si rivolgevano sia ai figli che ai nipoti. Aveva tentato il suicidio gettandosi in un fosso d'acqua dal quale venne salvata.

Istinti e tendenze pericolose non ne estrinseca; solo manifesta il tedio della vita, e ci racconta che più volte avrebbe posto ad effetto il (illeggibile) di togliersi dal mondo, ma gliene è mancato sempre il coraggio, e perciò sempre si raccomandava a Dio che volesse farla morire presto, dovendo menare una vita stentatissima e collo spettacolo quotidiano della miseria desolante dei suoi cari "i quali talvolta non avevano neppure una fetta di polenta gialla per sdigiunarsi." In preda ad allucinazioni acustiche tanto di notte che di giorno, sente i lamenti dei nipoti e dei figli che le domandano da mangiare e che piangono perché hanno fame<sup>73</sup>.

La prima venne guarita e, dopo un periodo di degenza abbastanza breve durante il quale ebbe la possibilità di rimettersi in forze, venne restituita alla famiglia dalla quale chiedeva insistentemente di tornare; la seconda, ormai anziana e prostrata dalle fatiche, temeva l'intervento dei medici, cominciò a rifiutare il cibo e i medicinali, tanto che finì col perdere la vita all'interno del manicomio.

## 6. L'asilo dei poveri

La verità era che non pochi dei pazienti dopo essere stati ricoverati in manicomio una prima volta, si ritrovavano, tornando a casa, di nuovo faccia a faccia con la povertà, difficilmente riuscivano a trovare un'occupazione, finendo per cedere nuovamente alla malattia e cominciando un percorso manicomiale fatto di entrate e guarigioni continue e scambi con altri enti assistenziali. Un'altra istituzione coinvolta nell'assistenza ai malati di mente in quel periodo risulta a tal proposito il Pio Ricovero di Mendicità. Non si sa molto di questo tipo di istituzione, ma ne esistevano a Siena, Volterra, Arezzo, Grosseto e il passaggio verso questo tipo di strutture venne scelto dalle Provincie, insieme al sistema di custodia domestica, per trovare una soluzione all'ingombrante problema dei malati cronici, tranquilli e di lunga degenza all'interno dell'istituto manicomiale. Il Pio Ricovero di Siena, che accoglieva i pazienti del San Niccolò prima di tutti gli altri, era un istituto laico, la cui storia affonda le radici nell'età moderna, allorché sorsero le prime istituzioni deputate a soccorrere le "giovani derelitte" e i fanciulli mendicanti nelle strade cittadine<sup>74</sup>. Fu però il Governo della dominazione fran-

<sup>73</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1404, Carlotta R. in B., 1889, b. 307.

<sup>74</sup> Le notizie relative a questo istituto, sul quale non esistono ad oggi studi specifici, sono tratte dall'opuscolo *Ricovero di Mendicità di Siena. Notizie Storico-Economiche Ammini-*

cese a istituire il primo vero e proprio Ricovero di Mendicità con il preciso intento di “sopprimere e punire” l’accattonaggio. Non si può non trovare una similitudine con le istituzioni di reclusione di foucaultiana memoria o con le *work houses* inglesi quando leggiamo che il governo francese la creò come “una Istituzione Municipale e compartimentale, ordinata per la reclusione permanente e pel lavoro coatto di tutti i poveri e questuanti, e organizzata pella conveniente soddisfazione dei bisogni non tanto della piena ospitalità, quanto ancora dell’ordine interno e della disciplina”<sup>75</sup>. L’istituto, soppresso con la Restaurazione lorenese, venne nuovamente aperto nel 1817, costruito con oblazioni volontarie dei cittadini senesi, era diretto da una Deputazione di cittadini per nomina diretta della stessa della quale faceva parte il Gonfaloniere *pro tempore* della città e presieduta dal Governatore e viveva economicamente con oblazioni, legati pii, risorse e sussidi straordinari. Vi si potevano svolgere lavori sotto compenso per tornare a casa la sera o, al contrario, i ragazzi e le ragazze venivano mandati presso le scuole e botteghe per imparare dei mestieri durante il giorno e la sera dovevano andare al Ricovero per ricevere il vitto, minestra e pane. L’istituzione accrebbe incredibilmente il numero dei propri ricoverati e, nel corso degli anni ‘settanta, trovò la propria sede definitiva presso l’ex convento delle Clarisse di Vita Eterna in S. Girolamo in Campansi, escluse i fanciulli e i ragazzi giovani, trasformandosi di fatto in un ospizio per anziani poveri. Qui infatti, secondo lo statuto regolamentario del 1877, venivano accolti i poveri di ambo i sessi adulti, nati o domiciliati in Siena da cinque anni almeno, impotenti al lavoro e privi di parenti che potessero o fossero obbligati per legge a mantenerli, dietro il pagamento di una retta giornaliera di 0,65 L. per gli uomini e 0,55 L. per le donne, nonché gli accattoni condotti al ricovero dagli Agenti di Polizia<sup>76</sup>. Ma le somiglianze con l’istituzione manicomiale non si esauriscono qui. Il regolamento dell’istituto prevedeva una ferrea disciplina in base alla quale tutti dovevano alzarsi e coricarsi alla medesima ora, dovevano essere impiegati in qualche lavoro interno o esterno all’istituto, al quale dovevano eventualmente versare il compenso e una complessa regolamentazione gestiva i permessi di uscita per i ricoverati e di visita da parte delle famiglie. C’erano un Ispettore e dei serventi che regolavano e sorvegliavano la vita dei ricoverati e dei medici dell’Ospedale di Santa Maria della Scala provvedevano all’occorrenza alle visite; qualora ve ne fosse stato bisogno i soggetti venivano inviati direttamente all’Ospedale per essere curati.

*strative Statistiche dal 1817 al 1884*, Siena, 1885, nel quale viene tracciata a grandi linee la storia dell’istituzione.

<sup>75</sup> *Ivi*, p. 7.

<sup>76</sup> *Ivi*, p. 15.

La retta versata al Pio Ricovero per il mantenimento dei poveri era quindi molto inferiore rispetto a quella dell'ospedale psichiatrico e il dialogo fra il San Niccolò e l'Istituto per la degenza dei pazienti senesi più anziani e tranquilli, ma che fossero ancora in grado di lavorare, cominciò praticamente subito. Come non manca di riportarci Funaioli, l'aumento continuo dei pazienti in uscita durante la seconda metà degli anni Ottanta non fu determinato soltanto dall'affidamento alla custodia domestica, ma anche dalla determinazione da parte delle Province, dapprima quella di Pisa nel 1866 e dal 1889 anche quelle di Arezzo e Grosseto, di seguire l'esempio senese ed eleggere il Pio Ricovero a valvola di scarico per i pazienti cronici. Funaioli e i medici del San Niccolò non potevano permettere che ciò avvenisse. Il ritratto che egli ci consegna di questo tipo di istituti è spaventoso, soprattutto se confrontato con l'idilliaca immagine proposta per il manicomio:

in tali asili si ha un insieme di ricoverati che vi pervengono da tutti i bassi strati sociali, quindi non è difficile osservare a lato dell'onesto operaio, il delinquente che già scontò la sua pena: accanto alla donna dabbene, la prostituta; dinanzi al vecchio con i suoi ticchi, il giovane impotente per qualche piccola infermità ma sempre altero, pronto a schernire le bizzie puerili del compagno. In mezzo a questo ambiente speciale, non sempre sano, spesso corrotto, il povero folle non poteva non trovarsi a disagio. [...] La miscela di tutta questa gente così differente per l'età, per abitudini, per sentimenti, per educazione morale, per carattere, per l'aggregato infine delle cellule e delle fibre del sistema nervoso centrale, non poteva non portare inconvenienti al regolare procedere degli asili, quindi le conversazioni anche troppo vive, non sempre castigate e le espressioni: *già tu sei un matto... Zittati, tu sei un avanzo di galera... ti conosco per una ladrona... puoi dire anche l'ultima... tu ci hai un popone nel capo...* e simili e peggiori quisquille che se possono condonarsi in un asilo di poveri, non dovrebbero permettersi in un ricovero di poveri alienati<sup>77</sup>.

Inoltre, egli lamentava il trattamento dietetico non adeguato, ma soprattutto la mancanza di personale medico esperto di malattie mentali a sorvegliare i ricoverati. La maggior parte dei pazienti per i quali era stata adottata la soluzione venne affidata al Ricovero di Mendicità di Volterra, anche se provenienti da altre provincie; si trattava quasi sempre di persone anziane, lungodegenti in manicomio, affette da alienazioni mentali ritenute oramai irreversibili, che tuttavia mantenevano un comportamento tranquillo e regolare nel contegno. Nel complesso, quasi nessuno dei pazienti che erano stati inviati proprio durante anni Ottanta e primi anni Novanta al Pio ricovero tornò al manicomio. In molti casi la Mendicità era la soluzione definitiva ad una sequela di ricoveri manicomiali, restituzioni alla custodia domestica

<sup>77</sup> *Il nostro asilo dei cronici*, cit., p. 93.

presso la famiglia che non riusciva a tollerare i comportamenti dei propri cari, dimissioni per guarigione e ricadute. Probabilmente, molti di loro finirono, data l'età avanzata, per trovarvi la morte.

Poteva accadere però che alcuni di coloro per i quali si era scelta questa soluzione finissero per tornare in manicomio<sup>78</sup>. L'annotazione dei motivi per cui essi venivano rimandati indietro, sebbene abbastanza breve, aveva sempre a che vedere con le infrazioni disciplinari e i comportamenti molesti. Il racconto che allora ne veniva fatto dai medici era tutto volto a confermare l'inadeguatezza degli asili dei poveri.

Maria B. era ragazza madre, bracciante, entrata per la prima volta in manicomio nel 1880. Al suo ennesimo ricovero, nel 1888, dopo un lungo periodo di tranquillità venne mandata presso il Ricovero di Mendicità. Dopo soli tre mesi eccola di nuovo in manicomio. In quello stabilimento infatti, dichiarava di non essersi trovata bene “perché le ricoverate non la rispettavano punto, e se potevano, facevano del loro meglio per indispettirla, e che la maltrattavano chiamandola ‘matta, villana, senza voglia di lavorare’”. Negli ultimi tempi si era fatta inquieta e si era convinta che tutti là dentro la odiassero. Trascorrevano le notti insonne disturbando il sonno delle altre ricoverate.

Fatto sta che l'Ispettore del Ricovero, dopo averla avvertita, presala per il collo, la trascinò nei fondi dello Stabilimento e ve la rinchiuse. Essa, senza direzione, trovate le scale le salì tutte e giunse in tal modo fino al tetto, vi montò e (illeggibile), scorto un (illeggibile) vi si introdusse e così vi rimase dalle 12 di notte del Sabato fino alle 3 pom. del Lunedì, finché ne fu tolta a viva forza da degli uomini che vi erano saliti per mezzo di scale<sup>79</sup>.

Il ricovero manicomiale poteva quindi configurarsi come un momento di passaggio, una tappa, nel transito da un istituto di assistenza all'altro, poco importa quale ne fosse la natura, caratteristica soprattutto di quei percorsi di vita segnati da solitudine e/o povertà. Teresa P. in V., orfana, malata di “insulti nervosi” fin da piccola, era vedova a 39 anni. Dopo essere stata licenziata dall'ospizio degli orfani a vent'anni e aver cominciato a lavorare come domestica, aveva infatti deciso di sposare un uomo di quarant'anni più vecchio per non perdere le doti di maritaggio a sua disposizione. Rimasta ben presto vedova e di nuovo in ristrettezze economiche ricominciarono i suoi presunti problemi di salute, ma “allo Spedale la licenziavano dopo

<sup>78</sup> Fra gli internati del 1880, 7 donne e 3 uomini furono inviati al Pio Ricovero e soltanto una paziente fece ritorno al San Niccolò. Fra quelli del 1889 si hanno in tutto 14 donne e 12 uomini che passarono per il Pio Ricovero: di loro, rispettivamente 5 e 4 tornarono al manicomio.

<sup>79</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 338, Maria B., 1880, b. 300.

pochi giorni di degenza perché cronica, alla Mendicità non la volevano perché malata, onde è che nel Venerdì Santo di quest'anno in piena cognizione dell'atto che compieva, stanca di tutte le miserie che provava, tentò di uccidersi gettandosi dall'Arco della Scala nella via sottostante”.

Dopo alcuni mesi trascorsi presso il San Niccolò fu inviata alla Mendicità, come avrebbe desiderato prima di tentare il suicidio che l'aveva condotta in manicomio. La sua permanenza in quell'istituto fu breve: da lì i medici si erano visti obbligati a inviarla presso l'Ospedale di Santa Maria della Scala dove gridava simulando convulsioni e chiedendo insistentemente le iniezioni di morfina alle quali era stata abituata all'interno del manicomio per trovare il sonno e il rinvio presso quella struttura, dove diceva di ricevere un vitto e un trattamento migliori. Dovendo costantemente essere vigilata presso il Ricovero, le sue richieste vennero accolte e fu nuovamente accettata al San Niccolò, dove i medici esperti si resero perfettamente conto dell'esagerazione delle sue sofferenze e della simulazione di attacchi isterici per ottenere le dovute attenzioni, tanto che, al fine di calmarla, trovarono opportuno somministrarle nuovamente iniezioni di cloralio e morfina. Teresa, nell'impossibilità di essere accolta da qualche parente perché orfana, fu rimbalzata al Ricovero dopo alcuni anni e se ne perdono definitivamente le tracce<sup>80</sup>.

La soluzione per ovviare al problema della cronicità fu pertanto trovata da Funaioli allorché, sgomberatosi il Convento dei Servi alla conclusione dei lavori dell'edificio centrale dove vennero trasferite le ricoverate di quella sezione, poté istituire in quei locali un *asilo per cronici*. Proposto fino dal 1882 come “un mezzo per sottrarre certi diseredati dell'intelletto, su cui la terapeutica non poteva avere altrimenti azione, all'ambiente disadatto che loro offrivano la famiglia e la società e come la meta che desideravano da molto tempo le Province raggiungere per diminuire le spese di mantenimento dei malati poveri”, quello senese fu il primo istituto di questo tipo a sorgere in Italia con 66 uomini e 77 donne ricoverate fin dal 1893. Nell'asilo dei cronici si continuava a lavorare, qualora se ne fosse in grado, si disbrigavano alcuni servizi interni, si veniva sorvegliati dai serventi più anziani o da quelli considerati non abbastanza energici per prestare i loro servizi all'interno del manicomio vero e proprio, si veniva visitati mattina e sera da un medico, si mangiava con una dietetica maggiormente composta dai cibi di magro e “in certe ricorrenze speciali, per esempio per la festa dello Statuto, pel Capo d'anno, pel Natale, per la Pasqua e per San Niccolò, viene loro somministrato il medesimo vitto dei ricoverati al manicomio”. Soprattutto, si pagava una retta di 1,10 L. al giorno, rispetto alle 1,50 L di tutti i curabili.

<sup>80</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1439, Teresa V. in P., 1889, b. 307.

Il monopolio da parte della classe medica del manicomio sui pazienti alienati poteva in tal modo raggiungere la sua completezza. Gli ospiti ereditavano un sussidio vitalizio, venivano diseredati, oltre che dell'intelletto, della possibilità di uscire da quelle mura. Il problema che si ponevano Funaioli e gli altri psichiatri era infatti di smaltimento dei rifiuti prodotti dal manicomio, mai di indagare il perché tali e tanti rifiuti fossero stati prodotti. Additando alcuni meccanismi assistenziali ritenuti sbagliati o sostenendoli, non ci si interrogò sul perché i pazienti, prima riconosciuti come affetti da alienazione mentale poi considerati guariti, ossia *laboriosi, buoni, docili, regolari di contegno*, o affidati alla custodia domestica, non riuscissero a superare il proprio *status* di malato e reintegrarsi nella vita civile o nelle famiglie; tantomeno le ragioni della cronicità dettero pubblicamente adito al sospetto che le pretese di cura avessero inequivocabilmente fallito.

Tanta era la considerazione dell'efficienza del proprio ospedale psichiatrico da parte di Funaioli che le proteste e i capricci dei pazienti, mai tollerate all'interno del manicomio, vennero utilizzate strumentalmente per denigrare un altro tipo di istituto e assicurarsi il controllo sull'intero ciclo di vita dei pazienti. C'è di più. Se è vero che l'esigenza caritativa e assistenziale delle istituzioni comunali, cittadine, provinciali non corrispondeva a quella scientifica degli psichiatri e che ad essa finirono spesso per adattarsi, essi possedevano in fin dei conti uno strumento fondamentale che non usarono quasi mai: quello di riconoscere come non alienati i pazienti che venivano sottoposti alla loro diagnosi rimandandoli a casa<sup>81</sup>. Inoltre, la recidività, soprattutto nel primo periodo, coinvolgeva per la maggior parte dei casi proprio coloro che erano stati dimessi con una diagnosi di guarigione, con numeri di certo molto superiori rispetto a coloro che erano stati dichiarati soltanto migliorati per essere affidati alla custodia domestica o ad un altro tipo di istituto. I colossali manicomi costruiti durante la seconda metà del secolo dovevano in sostanza giustificare la propria ingombrante e dispendiosa presenza, voluta dagli psichiatri a costo di spese elevatissime per le amministrazioni pubbliche, con la loro utilità curativa qualora se ne fosse fatto un uso proprio per i primi, con l'accoglienza di frange di popolazione indigente ma a basso prezzo per le seconde.

<sup>81</sup> Fra gli ammessi del 1880 nessuno fu dichiarato non alienato; nel 1883 tale diagnosi riguardò quattro uomini, nel 1886 un uomo e una donna; fra quelli del 1889 soltanto due uomini e due donne.



## Capitolo 2

# Le figlie di Eva e i figli d'Adamo

### 1. I numeri

Sebbene la maggior parte della tradizionale storiografia femminista, soprattutto anglosassone, abbia sostenuto che la malattia mentale ottocentesca si esprime essenzialmente come “*female malady*”<sup>1</sup>, a un primo approccio con uno studio di genere sulla popolazione manicomiale italiana, non si può fare a meno di notare che gli uomini costituirono la maggioranza degli internati<sup>2</sup>. Ciò è vero, in controtendenza col dato aggregato relativo all'intera

<sup>1</sup> Mi riferisco in particolare, mutuandone la definizione, al testo classico di Elaine Showalter, la quale ha sostenuto la propria teoria della *female malady* ottocentesca sottolineando da un lato il carattere femminile che nell'immaginario medico, poi collettivo, stava assumendo la malattia mentale, dall'altro il sorpasso numerico delle donne internate nei *public lunatic asylums* inglesi nella seconda metà del secolo. E. Showalter, *The Female Malady*, cit. In realtà, i dati di Showalter sono stati smentiti da più studiosi del mondo anglosassone. Joan Busfield ha ad esempio sostenuto che nel XIX secolo, negli *asylums* inglesi, le ammissioni femminili non fossero più di quelle maschili e che le donne avessero maggiore probabilità di sopravvivere all'esperienza. J. Busfield, *The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain*, in “Sociology”, 28 (1994), pp. 259-277, p. 268.

<sup>2</sup> La maggioranza degli uomini fra la popolazione internata fu una costante che coinvolse quasi tutti gli istituti disseminati nelle regioni italiane nel corso del XIX secolo, con punte differenziali altissime nel manicomio napoletano dove, nel 1880, gli uomini ricoverati erano esattamente il doppio delle donne (1013 a fronte di 572). Le uniche regioni che rappresentavano, sempre nel 1880, un'eccezione al panorama nazionale erano la Liguria, il Veneto e la Toscana, dove le pazienti risultavano più numerose (R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia*, cit., p. 88). In generale, negli anni dal 1875 al 1908, il rapporto degli uomini ogni 100 donne variava da un minimo di 106,01 a un massimo di 122,1.

Toscana, anche per il San Niccolò. La questione rimane tuttora poco indagata e gli studi di genere comparativi rappresentano una minima parte della storiografia italiana dedicata alla malattia mentale<sup>3</sup>.

L'atteggiamento della classe medica a proposito di questa disparità che, come risulta evidente dal grafico relativo ai pazienti in entrata al San Niccolò per tutta la seconda metà dell'Ottocento<sup>4</sup>, si registrò costantemente fu in Italia praticamente unanime.

Se Funaioli si dimostrò piuttosto schivo nell'affrontare l'argomento, il direttore del manicomio di Aversa Virgilio, ad esempio, commentava proprio in quegli anni la scarsissima percentuale, fra le più basse del paese, di donne internate nel proprio istituto contrapponendo il *milieu* sociale del Sud Italia a quello del resto della penisola e dell'Europa. La scarsa diffusione della pazzia fra le donne del napoletano non dipendeva dal sentimento familiare che tendeva a preservarle all'interno del focolare domestico, tanto meno dal fatto che la follia al femminile richiedesse "meno circospezione e minori riguardi" da parte di chi doveva occuparsene. Era piuttosto "negli usi e nei costumi dei nostri paesi, pei quali le donne si trovavano meno degli uomini esposte alle influenze patogene" causa della pazzia che ne andava ricercato il motivo. La donna lasciata in casa, aliena da preoccupazioni, non subiva "scosse morali", mentre "fuori dalle nostre provincie la donna si incontra dappertutto; e meno che nella famiglia, si trova nei magazzini, nelle fiere, nei mercati, pigliando parte attiva in tutte le agitazioni ed angosce della vita". Sottoscrivendo le parole del francese Guislain, Virgilio sosteneva che le donne del Sud, che si sposavano giovanissime e altri affanni non avevano se non quelli di provvedere alla famiglia e alle piccole pratiche religiose, senza sentire il bisogno di istruirsi, facevano da contraltare al resto delle europee: "questo tipo della donna del mezzodì d'Italia, fa un marcato contrasto colla *civetteria sfrontata*, coll'*aria presuntuosa*, coll'*acconciatura provocante*, comune alle donne di altre regioni dell'Italia e di altre nazioni". L'Italia era però destinata ad eguagliare l'Europa del Nord a

<sup>3</sup> Vinzia Fiorino affronta il tema in un'ottica comparativa di genere nella sua ricerca sul manicomio romano, spiegando la costante elevata percentuale maschile con diversi fattori: la popolazione romana dell'epoca aveva un maggior numero di uomini rispetto alle donne; il massiccio inurbamento di contadini che si registrò nel periodo fu determinato in misura molto superiore da uomini che giungevano in città in cerca di lavoro lasciando il nucleo familiare in campagna. La malattia maschile inoltre, veniva affrontata con maggior sollecitudine sia in ragione della scarsa considerazione delle donne all'interno della società, sia per la maggior facilità con la quale la malattia delle donne poteva essere controllata e nascosta perché meno pericolosa, e ancora perché la città di Roma offriva monasteri, conservatori, educandati, nei quali le ragazze potevano essere ospitate ed essere preservate da pericoli esterni. Infine, il forte nesso fra criminalità e ricovero manicomiale rendeva gli uomini più suscettibili di internamento (V. Fiorino, *Matti, indemoniate, vagabondi*, cit., pp. 89-90).

<sup>4</sup> Vd. il grafico 1 in appendice.

causa del “cataclisma sociale”, con annesso rovesciamento di usi e costumi, che aveva investito l'Italia durante i vent'anni precedenti<sup>5</sup>. L'Inghilterra era a parere comune la patria della follia femminile; il direttore del manicomio di Fregionaia, a Lucca, asseriva che le donne inglesi superavano in follia le colleghe europee

dacché in quella nazione la donna prende parte larghissima alla vita pubblica e agli affari, e forse per questo contrae alcune viziose abitudini degli uomini; e che in conseguenza, accumulando queste sfavorevoli circostanze alle male disposizioni proprie del sesso, avviene che essa, più delle donne di altre nazioni, è colpita dalla pazzia<sup>6</sup>.

L'unico accenno che il direttore Funaioli propose in merito nella Cronaca del Manicomio del 1877 era un tentativo di rassicurazione agli occhi dei lettori:

Gli ammessi costituiscono davvero una cospicua somma con prevalenza grande degli uomini sopra le donne (U. 189 - D. 127) la qual cosa non deve esser presa come argomento delle maggiori disposizioni del sesso maschile all'alienazione mentale. Questa fu un tempo opinione dei medici italiani, che i risultati delle loro statistiche spiegavano dimostrando, l'uomo più che la donna in Italia essere destinato a sostenere penose lotte ed ardue fatiche fisiche, morali e intellettuali nell'attrito della vita. L'egregio dott. Lolli nella sua bellissima statistica del manicomio di Imola ha con fino criterio scrutato questo fatto assai complesso e calcolati esattamente tutti gli elementi che lo compongono [...] e conclude le figlie di Eva essere disposte alla follia alla pari dei figli d'Adamo. Forse qualche fondamento di verità [...] si trova in questo, che il sesso può esercitare una certa influenza sulla forma d'alienazione mentale. Infatti le manie, dove le facoltà intellettuali sono le più compromesse, prevalgono negli uomini, e le lipemanie dove la lesione principale risiede negli affetti, nelle donne, le quali per l'indole loro e per le consuetudini della vita, formano degli affetti medesimi lo scopo principale della loro esistenza<sup>7</sup>.

In realtà, se il citato Lolli affermava che “sotto l'impero di condizioni tanto universali, quanto locali, permanenti, o fortuite, nascono e si dilatano nuove disposizioni, ora più in danno delle femmine ed ora dei maschi”<sup>8</sup>, Funaioli ci restituiva una visione dell'universo maschile e di quello femmi-

<sup>5</sup> D.G. Virgilio, *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881*, Aversa, 1883, pp. 58-59.

<sup>6</sup> *Statistica del manicomio di Fregionaia presso Lucca*, Firenze, 1883, p. 21.

<sup>7</sup> “Cronaca del Manicomio di Siena”, 1-2 (1877), p. 16.

<sup>8</sup> L. Lolli, *Il Manicomio di Imola. Studi del Dottor Luigi Lolli. Parte prima, Statistica*, Imola, 1874, p. 15.

nile delle più classiche all'interno del positivismo scientifico ottocentesco, dove sapere e ragione erano le più importanti facoltà umane: l'uomo poteva incorrere nella perdita dell'intelletto, la donna dei sentimenti, in una apparentemente neutra e originaria dicotomia fra ragione maschile e natura femminile. Furono proprio gli anni del positivismo della seconda metà del secolo quelli durante i quali antropologi, psichiatri, ginecologi contribuirono alla legittimazione di una "donna natura" vulnerabile, soggetta a passioni e stress, potenzialmente sempre propensa alla malattia mentale e di un "uomo sociale" e alla conseguente dilatazione della disparità fra sessi<sup>9</sup>. Non sbagliavano le studiosse femministe che hanno sostenuto un cambiamento radicale anche nell'immaginario della follia, la quale assunse, fra il XVIII e il XIX secolo, un volto sempre più femminile<sup>10</sup>, ma un cambiamento simile riguardò da vicino anche gli uomini.

Gli anni Ottanta dell'Ottocento vedono effettivamente, nel caso del manicomio senese, dei grandi cambiamenti per ciò che riguarda in primo luogo la divisione degli internati da un punto di vista patologico e relativamente al genere. Pochissimi anni dopo le parole espresse da Funaioli, infatti, se manie e monomanie vedevano ancora una maggioranza di internati uomini, ma con un assottigliamento di disparità rispetto alle donne, la lipemania, nel 1880 appannaggio di una maggioranza femminile, fu in realtà l'unica malattia che conobbe una progressione costante di internati e, soprattutto, un sorpasso in percentuale da parte degli uomini. La diffusione di una patologia a carattere depressivo dipende con tutta probabilità dalla maggiore sensibilità generalizzata nei confronti delle malattie mentali,

<sup>9</sup> Per uno studio abbastanza riassuntivo e completo della questione così come fu affrontata dagli scienziati italiani dell'epoca cfr. il saggio di V.P. Babini, *Un altro genere. La costruzione scientifica della "natura femminile"*, in *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia. 1870-1945*, a cura di A. Burgio, Bologna, 1999, pp. 475-489. Discorsi molto simili a quelli di Funaioli venivano continuamente espressi nei commenti alle statistiche manicomiali. Il direttore del manicomio lucchese elencava esattamente le cause della pazzia maschile e di quella femminile: "fra gli uomini favoriscono lo sviluppo delle malattie mentali la violenza delle passioni, le anzie febbrili degli affari, l'abuso degli alcolici, gli eccessi sessuali, [...] le ingiurie degli agenti esteriori", nella donna agivano invece "la gracile costituzione nervosa, la più squisita sensibilità morale, la mestruazione, la gravidanza, il parto, l'allattamento e tutte le anzie della maternità" (*Statistica del manicomio di Fregionaiia*, cit., p. 20).

<sup>10</sup> Elaine Showalter ha parlato di un cambiamento nella visione della follia, da quello di un uomo furibondo e violento del XVIII secolo a quello di un essere che suscitava pietà, bisognoso di cure e perciò più femminile del XIX (E. Showalter, *The Female Malady*, cit.). La divergenza fra una diffusa opinione psichiatrica e la pratica degli internamenti manicomiali è rintracciata ad esempio da Houston che, nella sua ricerca sulla Scozia, sostiene che gli uomini fossero internati in maggioranza rispetto alle donne, sebbene queste fossero comunemente ritenute dalla scienza psichiatrica più suscettibili ai problemi mentali e guardate sempre come potenziali folli. R.A. Houston, *Madness and Gender in the Long Eighteenth Century*, in "Social History", 3 (2002), pp. 309-326, p. 315.

nel quadro di una disciplina oramai largamente sistematizzata, veicolata da medici condotti e ospedalieri e sempre meno percepita come un'emergenza sociale di ordine pubblico o sanitario per cui si rendeva necessario e urgente l'internamento di maniaci, epilettici o dementi. Da un punto di vista di genere, d'altro canto, le emozionabili e melanconiche donne avevano evidentemente trovato, agli occhi dei medici, dei concorrenti nel terreno della naturale inclinazione verso le malattie psichiche a carattere depressivo, rispecchiando sempre di più una visione diffusa di fine secolo di un uomo che diveniva più fragile e soggetto a malattie nervose tradizionalmente considerate femminili<sup>11</sup>.

Al tempo stesso guadagnarono terreno quelle malattie a caratterizzazione femminile, protagoniste dell'immaginario della malattia mentale delle donne della seconda metà del secolo: la frenosi puerperale e la frenosi isterica, con l'interessante dato che, per la prima volta, nel 1889 vennero ammessi due isterici uomini<sup>12</sup>. Senza toccare i picchi di incidenza raggiunti altrove per questi tipi di malattia, la visione della follia al femminile andava adeguandosi alle tendenze della psichiatria nazionale e internazionale. Laddove la presenza degli uomini si faceva schiacciante rispetto a quella femminile era invece nei casi di internamento per frenosi alcolica e per paralisi progressiva, due patologie, al contrario, legate notoriamente alla componente maschile.

Tuttavia, se nelle cifre relative ai pazienti ammessi gli uomini furono sempre in netto vantaggio, nei pazienti esistenti in manicomio alla fine di ogni anno si nota un generale saldo positivo tra entrati e usciti o morti e una maggiore incidenza delle donne in questo dato<sup>13</sup>. La spiegazione di questa disparità, generalmente attribuita a un processo di cronicizzazione della malattia femminile, derivante dalla maggiore longevità delle donne<sup>14</sup>, risiede probabilmente nella comparazione delle due serie relative agli usciti e ai morti, dove la percentuale maschile, nonostante gli andamenti piuttosto oscillanti, supera quasi sempre quella femminile. Gli uomini ricoverati

<sup>11</sup> A mano a mano che si avvicinava la fine del XIX secolo infatti, si faceva più nitida quella che gli studiosi della mascolinità hanno definito "crisi della mascolinità" nel mondo occidentale, propagata dai rapidi mutamenti della modernità e del progresso che mettevano in crisi un'apparente fissità secolare e dell'immagine di se stessi, percepita dagli uomini in base alle trasformazioni della condizione della donna borghese. Così, gli ultimi due decenni del XIX secolo furono dominati dall'idea che l'uomo ipercivilizzato avesse finito per acquisire caratteristiche notoriamente femminili, delle quali una era la sensibilità a malattie nervose solitamente attribuite al gentil sesso, contribuendo a diffondere un'angoscia maschile. Cfr. S. Bellassai, *La mascolinità contemporanea*, cit., pp. 36-42.

<sup>12</sup> Vd. la tabella 1 in appendice.

<sup>13</sup> Vd. i grafici 1, 2 3, e 4 e le tabelle in appendice.

<sup>14</sup> Cfr. J. Busfield, *Men, Women and Madness*, cit., pp. 127-129.

tendevano ad essere dimessi più facilmente rispetto alle donne, avevano una maggiore recidività ma, soprattutto, più probabilità di morire in breve tempo all'interno dell'istituto.

Gli anni Ottanta del resto, sono proprio quelli durante i quali le donne in uscita cominciarono a eguagliare gli uomini, soprattutto sul fronte di coloro che uscivano come migliorati<sup>15</sup>, ossia di coloro che venivano restituiti alla custodia domestica o agli istituti come i Ricoveri di Mendicità, dove superarono gli uomini. Sui motivi dell'aumento di queste due pratiche e sulla loro convenienza per famiglie e istituzioni si è già discusso. Da un punto di vista di genere si può affermare che il maggior numero di donne richieste in questi anni, prima che fosse inaugurato l'asilo dei cronici, dipendeva da una maggiore adattabilità e possibilità di reinserimento delle donne nella vita domestica, una mansuetudine più accentuata e un loro possibile impiego nei piccoli lavori domestici che non ne prevedeva l'uscita dallo spazio delle mura di casa.

Sulla propensione a dichiarare gli uomini guariti, tendenza che riguarda maggiormente gli anni precedenti a quelli analizzati, le ragioni non sono affatto facilmente intuibili. La giustificazione ufficialmente dichiarata nelle cartelle era, infatti, la stessa, poco significativa, per entrambi i sessi: la tranquillità e la regolarità del contegno o docilità, la scomparsa di eventuali idee deliranti, l'operosità, il recupero fisico, in sostanza la normalizzazione dei comportamenti su canoni socialmente accettati ottenuta attraverso la permanenza all'interno dell'ambiente fortemente disciplinato dell'istituto. Si può però avanzare l'ipotesi che i maschi fossero internati molto più frequentemente delle donne per malattie ad alto tasso di guarigione, recidività e morte. La frenosi alcolica conseguente all'abuso di alcol era una patologia quasi prettamente maschile, che determinava una situazione di momentanea incapacità mentale e un delirio alcolico che svanivano solitamente a seguito della disintossicazione all'interno dell'istituto, ma che poteva portare a complicazioni fisiche e malattie mortali. Lo stesso può dirsi per coloro che entravano con una diagnosi di frenosi epilettica, per veri o presunti attacchi convulsivi: se la manifestazione della malattia conosceva un'acme nel numero di attacchi, a cui seguiva uno stato di prostrazione fisica e mentale, i pazienti che ne erano affetti venivano rilasciati qualora non avessero presentato convulsioni per lungo tempo e la malattia non avesse determinato una lesione permanente delle facoltà mentali<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Vd. le tabelle 4 e 5 in appendice.

<sup>16</sup> La diagnosi di epilessia, malattia associata all'insanità mentale e medicalizzata all'interno dei manicomi a partire dalla fine del XVIII secolo, coinvolgeva all'epoca una gran varietà di sintomi. L'essere generalmente convulsionali determinava spesso l'iscrizione alla categoria degli epilettici, ma le convulsioni potevano essere effetto secondario di altre malattie: embo-

La vera differenza, con una tendenza che rimase più delle altre costante negli anni, la faceva la morte dei pazienti all'interno dell'istituto. La morte poteva essere determinata da diverse variabili, fra le quali epidemie di malattie infettive che contagiavano i vari reparti o perfino stagioni più rigide o più calde, ma gli uomini che entravano in manicomio, avessero una carriera di ricoveri multipli o un solo lungo internamento, morivano in percentuale maggiore rispetto alle pazienti donne<sup>17</sup>. La frenosi epilettica e la frenosi paralitica causavano infatti un gran numero di decessi. Quest'ultima, manifestazione tardiva del morbo sifilitico o di alcune patologie legate all'alcolismo, era una malattia che riduceva alla paralisi completa e alla morte certa. A queste patologie erano evidentemente collegate tutta una serie di complicazioni e malattie accidentali<sup>18</sup>. Tralasciando le affezioni virali come la tubercolosi, le meningiti, il morbillo, le febbri influenzali e infettive o quelle batteriche come le congiuntiviti, che spesso agivano diffondendosi in alcuni reparti, rispecchiando quindi la separazione dei sessi, c'erano alcune malattie che facevano la differenza. Erano principalmente quelle legate all'apparato gastrico, probabilmente connesse all'abuso di alcol e sintomi secondari di malattie che riducevano all'infermità completa i pazienti, le congestioni o iperemie cerebrali, ossia un eccessivo flusso di sangue al cervello, la paralisi degli arti, la sincope, le convulsioni epilettiche e l'oligoidroemia, la scarsità di globuli bianchi nel sangue o diminuzione della massa sanguigna, in sostanza quelle che, insieme a un generico marasma, ossia uno stato di prostrazione generale, restituivano il maggior numero di morti.

li, tumori cerebrali, paralisi progressiva. Suggestivo in particolare che furono gli studi condotti negli anni Settanta dell'Ottocento da Hughlings Jackson a dimostrare chiaramente per la prima volta l'epilessia sifilitica, legata quindi alla paralisi progressiva, le cui convulsioni portavano ad una paralisi unilaterale degli arti, distinguendola dall'epilessia vera e propria. Al contrario, nei casi femminili, le convulsioni cominciarono ad essere sempre di più legate all'isteria, riconosciute come forma di istero-epilessia. È perciò possibile che negli anni Ottanta dell'Ottocento, nonostante un primo sviluppo degli studi neurologici, il confine fra le varie patologie rimanesse ancora molto incerto. Per una trattazione esaustiva su questi temi cfr. O. Temkin, *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore and London, 1994 [1945], pp. 255-388.

<sup>17</sup> Prendendo ad esempio gli entrati delle cartelle cliniche del 1880 e del 1889 infatti, fra quelli del 1880, 52 donne sulle 108 delle quali si conosce il dato certo, pari al 48, 15%, morirono all'interno dell'istituto; fra gli uomini i morti furono 80 su 125, pari al 64%. Fra coloro che entrarono nel 1889 invece, 59 su 117, ossia il 50,43% delle donne cessarono di vivere, fra gli uomini la percentuale scese notevolmente al 58, 52%, 79 su 135.

<sup>18</sup> A titolo esemplificativo, con uno sguardo alle tabelle relative al movimento delle infermerie riportate nella cronaca del manicomio ci si può facilmente rendere conto che gli uomini incorrevano più delle donne in qualsiasi tipo di malattia: nel 1880, 348 uomini e 205 donne andarono soggetti a malattie accidentali, nel 1883 374 uomini e 270 donne, nel 1886 376 uomini e 281 donne, nel 1889 293 uomini e 243 donne.

## 2. Intollerabili e incontenibili

Proprio in considerazione del fatto che la malattia mentale si situa in una precaria posizione fra malattia corporea e devianza sociale e da un lato si configura come un problema di funzionamento della mente, mentre dall'altro come una questione comportamentale<sup>19</sup>, converrà soffermarsi su tutta una serie di atteggiamenti appartenenti a questo secondo ordine di problemi. Questi coinvolgevano gli internati, le famiglie di provenienza e la comunità di appartenenza; emergono con forza dalle cartelle cliniche e di fronte ad essi si mostravano diversi atteggiamenti e giudizi a seconda del genere di appartenenza dei futuri pazienti. Abbiamo visto in precedenza come le famiglie giocassero un ruolo molto importante nella decisione dell'internamento per vari motivi e, sempre attraverso le notizie contenute nell'anamnesi, affiorano i motivi che spingevano i familiari alla drastica decisione del ricovero manicomiale. Le notizie sul decorso della malattia venivano evidentemente dedotte dai racconti dei parenti o dei membri della comunità di provenienza del paziente e si configuravano convenzionalmente come un'escalation di azioni inusuali, che portavano nella maggior parte dei casi ad atti inconsueti o violenti, talvolta agli estremi dell'atto suicida/omicida; episodi che costituivano il culmine della follia e che spingevano i familiari a richiedere aiuto per cercare soluzione alla rottura spesso irrimediabile di un equilibrio.

I discorsi strani e inconcludenti erano una matrice comune e un primissimo segno di instabilità mentale, a cui seguivano molto spesso l'insonnia e il delirio legato a vari fattori, le allucinazioni, le reazioni contro i familiari, grida continue o eccessivo silenzio e misantropia, rifiuto del cibo, bestemmie, sproloqui, maltrattamenti. Ciò che differiva e caratterizzava gli squilibri di maschi e femmine erano principalmente l'ambiente nel quale si manifestavano le stranezze e la loro intensità.

La tollerabilità dei comportamenti folli era misurata prima di tutto sull'attività o inattività del familiare. L'inadempienza al lavoro era il primo campanello d'allarme, nonché un problema evidentemente serio sia per le famiglie che già vivevano in situazioni di povertà, sia per quelle più abbienti. Secondo un *topos* ricorrente<sup>20</sup>, per le donne era la svogliatezza e l'incapacità

<sup>19</sup> J. Busfield, *Men, Women and Madness*, cit., pp. 53-56.

<sup>20</sup> David Wright, nella sua analisi sugli internati nel manicomio di Buckinghamshire in Inghilterra fra gli anni Cinquanta e gli anni Ottanta dell'Ottocento, rintraccia gli stessi motivi d'internamento: "gender certainly played a role in the expectation of private and public social roles. Thus women who neglected children or domestic duties, or men who declined to work in the fields and provide for their families, warranted comment in the certificates of insanity by other family members and neighbours" (D. Wright, *Delusions of Gender?: Lay Identification and Clinical Diagnosis of Insanity in Victorian England*, in *Sex and Seclu-*



nei lavori di casa, nelle faccende domestiche, per gli uomini nel lavoro fuori casa. In tale contesto accadeva frequentemente che l'esilio manicomiale colpisce *in primis* le persone anziane non più adatte a svolgere alcuna mansione utile all'interno dell'aggregato familiare. Questa tendenza è ravvisabile tanto negli uomini che nelle donne, con motivi del tutto simili, ma con una componente femminile più ampia data la maggiore longevità delle donne e la tendenza a non contrarre nuovamente matrimonio. Chiaramente, se gli anziani potevano rappresentare un problema di notevole peso, ancora di più lo erano donne e uomini giovani che non riuscivano più ad occuparsi del lavoro e del resto della famiglia.

Daria F., quarantatreenne di Portolongone, era sposata ma aveva anche un impiego come domestica presso un'altra famiglia; ad un certo punto "incominciò a non essere più adatta a disimpegnare le funzioni di domestica, perché dimenticava tutto; accusò dolori di testa e malessere generale. Poi cominciò ad agitarsi, manifestare idee di grandezza e mettere sossopra la casa"<sup>21</sup>.

L'attività era un discrimine tanto importante che la sua ripresa poteva costituire motivo di rinuncia alle cure nonostante i segnali di malattia: Palmira P., giovane colona di Torrita, aveva presentato loquacità, illusioni, allucinazioni, tendenza da uscire di casa e "idee ambiziose" alcuni anni prima di essere internata nel 1880, ma si dice che su di lei non fu mai tentata alcuna cura perché, cessato il parossismo maniaco, era "tornata assidua ai lavori e né lei né i suoi parenti, dopo l'accesso, furono ricercati dal medico"<sup>22</sup>.

La sorveglianza sulle donne che davano segni di instabilità mentale diventava problematica a causa delle azioni inconsuete commesse che si esacerbavano, nella maggioranza dei casi, in comportamenti anomali all'interno delle mura domestiche, come nel caso di Luisa M. in G., anziana contadina di Bibbiena, ricoverata con la diagnosi di frenosi senile: "si dice che da qualche tempo la notte si levava dal letto e girava per la casa. Di giorno rompeva la roba e commetteva altre stranezze. Non potendo essere sorvegliata a casa sua, fu condotta allo Spedale di Pisa il 19 dello scorso giugno"<sup>23</sup>. La malattia delle donne perciò, in un contesto di provenienza a forte caratterizzazione rurale, si sviluppava e consumava principalmente in ambiente domestico, il cui raggio d'azione non si arrestava esattamente sulla soglia di casa, ma si ampliava al massimo al vicinato o al piccolo aggregato di case che costituiva il borgo, comunità di riferimento tipica del genere femminile dell'epoca,

*sion, Class and Custody - Perspectives on Gender and Class in the History of British Psychiatry*, a cura di J. Andrews, A. Digby, Amsterdam, 2004, pp. 149-176, p. 163).

<sup>21</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1380, Daria F., 1889, b. 307.

<sup>22</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 352, Palmira P., 1880, b. 300.

<sup>23</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 340, Luisa M. in G., 1880, b. 300.

soprattutto nella realtà contadina<sup>24</sup>, attraverso dissidi e liti coi vicini di casa. Ad esempio, Luisa B. in G., di Taverne d'Arbia, giovane sarta sposata e lipe-maniaca “sulla sera del 18 luglio si mostrò inquieta ed uscita di casa si mise a maltrattare senza ragione le donne del vicinato”<sup>25</sup>.

Alle faccende dimenticate e svolte con poca cura seguiva di solito una trascuratezza generale nei confronti della propria persona, della famiglia e, all'estrema gravità dei fatti, dei figli, a cui di solito si accompagna una sorta di tradimento del focolare, della *privacy* familiare, in primo luogo con i tentativi di fuga in condizioni ritenute indecorose, che sfidavano il senso del pudore proprio delle donne considerate per bene<sup>26</sup>. Come si tendeva quasi sempre a sottolineare infatti, la follia interveniva a mutare un quadro complessivo in cui donne dalla comprovata buona moralità abbandonavano il terreno della virtù per esporsi in atteggiamenti lascivi, irruenti, sfacciati. La modula informativa di Caterina C. in C., vedova di 57 anni, filatrice di Colle Val D'Elsa metteva i medici a conoscenza del fatto che, prima della perdita di memoria, “era donna religiosa e pia e che era molto stimata in città come donna savia e onesta”<sup>27</sup>. Uscire di casa durante la notte, nude, il che si suppone significasse coperte soltanto degli indumenti da camera, era ragione di pubblico scandalo. Un esempio tipico di questo comportamento imbarazzante è il caso di Maria R. in M., vedova quarantaduenne di Massa Marittima, affetta da demenza primitiva.

Data lo stato presente da circa 6 mesi. Divenne pigra, golosa, irascibile in modo da percuotere più d'una volta al giorno i propri figli anche senza motivi, facile al turpiloquio da stare e farsi vedere girondolare per la casa totalmente nuda anche a giornate crude. Va per le case a chiedere elemosina e se vien negata mal-

<sup>24</sup> L. Scaraffia, *Essere uomo, essere donna*, in A. Bravo, M. Pelaja, A. Pescarolo, L. Scaraffia, *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma-Bari, 2001, pp. 3-76, pp. 5-10.

<sup>25</sup> Archivio sanitario del San Niccolò, nosografia 1407, Luisa B. in G., 1889, b. 307.

<sup>26</sup> Tamar Pitch ha sottolineato come, sebbene spesso eccessivamente rigida, la nozione di controllo sociale, alla cui costruzione ha contribuito il femminismo degli anni Settanta, sia basata su dei punti fondamentali, fra cui l'individuazione della funzione regolamentatrice di comportamenti legati al ruolo da parte della famiglia. Questa era vista perciò come dimensione oppressiva e disciplinare soprattutto per gli elementi più deboli, quindi per le donne, anche il relazione alle istituzioni esterne con le quali spesso entrava in contrasto. Ma fu soprattutto il peso crescente del concetto di *privacy*, concessa ai modelli culturali interni alla famiglia per difenderla dalle istituzioni, ad aggiungere repressione alla componente femminile (T. Pitch, “*There but for Fortune*”. *Le donne e il controllo sociale*, in *Diritto e rovescio. Studi sulle donne e il controllo sociale*, a cura di T. Pitch, Napoli 1887, pp. 5-30, pp. 11-12). Sull'importanza della pudicizia come virtù femminile sviluppatasi nel XIX secolo e sulla concezione di esterioresità sociale del peccato femminile che essa avrebbe generato cfr. invece E. Saurer, *La secolarizzazione dei peccati*, in *Donne sante sante donne. Esperienza religiosa e storia di genere*, Torino, 1996, pp. 255-284.

<sup>27</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1330, Caterina C. in C., 1889, b. 306.

tratta o minaccia, all'incontro poi dona a larga mano abiti e biancheria e ripresa di ciò risponde che della roba ne ha anche troppa. Mangia a suo capriccio ora pane ora carne sola, o getta tutto a terra o rimpiaffa tutto sotto al capezzale<sup>28</sup>.

Peggioro, piuttosto che più imbarazzante, era invece il comportamento di Elena S. in R., ricoverata per la seconda volta a causa della lipemania dopo che il marito l'aveva presa in cura domestica, in cui il tradimento era legato, oltre che all'inadempienza, all'incuria dei figli e all'esigenza di uscire, al bisogno, in un certo senso, di rendere pubblici i propri problemi attraverso la parola, oltre che con la propria presenza. Colona proveniente da una famiglia in discrete condizioni economiche, quindi rispettata, venne riconsegnata nelle mani dei medici nel luglio 1889 perché "da 7 o 8 giorni si era messa in letto, nulla curando né sé, né la sua famiglia, rimanendo immobile e taciturna. Solo da ieri l'altro ha cominciato ad essere molesta, a maltrattare tutti; voleva uscir di casa, diceva a tutti le cose che la riguardavano, gettava via tutto e non poteva esser tollerata in famiglia"<sup>29</sup>.

Comune a quasi tutte le storie era il fatto che la pericolosità delle donne si riducesse a pochi atti concentrati e che la loro fuga rappresentasse un problema più di pudore e di onore che di reale minaccia per gli altri. Le donne riuscivano ad essere pericolose infamando la propria reputazione e costituendo accidentalmente cagione di imbarazzo per la famiglia e per i figli. Erano questi i casi più frequenti. Si è soliti accostare la malattia mentale femminile ottocentesca ad un'immagine di donna che contravveniva alle regole della morale e del senso comune in modo plateale; in realtà non erano i "controtipi ideali" di prostitute, alcolizzate, vagabonde, orfane ad affollare le fila delle internate al San Niccolò in questo periodo, che semmai costituivano, nel loro numero di casi limitati, uno spettro, un monito, ma piuttosto donne e ragazze che, avendo condotto una vita lodevole, si ritrovavano a compiere gesta inaudite e inaccettabili. Lo stigma morale vero e proprio, che si ritiene solitamente essere un elemento cardine della valutazione della malattia psichica femminile, non colpiva anche nel giudizio dei medici un gran numero di donne. Se nel 1880 dieci delle internate vennero tacciate come scostumate, fra le quali la maggior parte era costituita da donne che avevano avuto figli in giovane età fuori dal matrimonio, soltanto per quattro di loro venne utilizzata questa definizione nel 1889 e di queste due avevano utilizzato, almeno ufficialmente, la prostituzione come fonte di guadagno in certi periodi della vita. Era piuttosto, con un meccanismo più subdolo, l'"indole leggera", "strana" o "eccitabile" a descrivere la personalità delle internate, oppure l'essere variamente permalosa, impressionabile, irascibile,

<sup>28</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 332, Maria R. in M., 1880, b. 300.

<sup>29</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1405, Elena S. in R., 1889, b. 307.

gelosa, emozionabile, facile al pianto, caratteristiche diffusamente attribuite al carattere femminile.

Se non le dissertazioni mediche, le professioni femminili dicono chiaramente che il mondo domestico aveva una rilevanza assoluta nella vita delle donne. Poche dichiaravano una professione diversa da quella di attendente a casa, con una maggioranza degli impieghi nel mondo contadino, che aumentò significativamente fra il 1880 e il 1889. La definizione di attendente a casa non dice in realtà molto sulle reali mansioni svolte dalle donne, che spesso, oltre alle faccende domestiche, erano caratterizzate da una pluriattività legata in particolar modo al mondo della campagna dove rientravano fra le loro mansioni l'allevamento degli animali da cortile, l'orto, il commercio di alcuni prodotti e gli scambi nei mercati locali, la produzione di tessuti e vestiario per la famiglia, quindi la filatura, il cucito, il ricamo. Nelle famiglie contadine, sia bracciantili che coloniche, la complementarità di genere della divisione del lavoro era fondamentale nell'economia del gruppo familiare e l'attitudine al lavoro, sebbene costantemente sottovalutata rispetto a quello maschile, era considerata una delle più importanti virtù femminili<sup>30</sup>. Nell'impossibilità di conoscere la professione dei coniugi o del resto della famiglia non possiamo perciò dedurre quanto la classificazione di attendente a casa corrispondesse ad un reale ruolo di casalinga a tempo pieno che, sicuramente, andò conquistando spazio e consensi nella società italiana di fine secolo per influsso di una mentalità di stampo borghese della netta separazione di ruoli e sessi. Il "mito della domesticità"<sup>31</sup> delle donne era in realtà realizzabile soltanto da quelle provenienti dai ceti più abbienti che non sembrano guadagnare particolarmente terreno fra la componente delle internate. Tuttavia, se non strettamente a livello di attività, non si può trascurare il fatto che la domesticità avesse un ruolo preponderante nella vita delle donne in quanto spazio di azione, interazione e regolamentazione. Se la malattia mentale delle donne comprometteva dall'interno la famiglia, pilastro portante della società, era tuttavia una malattia, con annessi atti inconsueti, meno pericolosa, più facilmente occultabile all'interno delle mura domestiche e la sollecitudine con la quale ci si rivolgeva a medici e autorità era probabilmente minore.

Sta invece nei motivi ricorrenti che spingevano famiglie, parentadi e istituzioni locali a richiedere l'internamento degli uomini la ragione della

<sup>30</sup> Cfr. L. Scaraffia, *Essere uomini, essere donne*, cit., pp. 11-14 e A. Pescarolo, *Il lavoro e le risorse delle donne*, in A. Bravo, M. Pelaja, A. Pescarolo, L. Scaraffia, *Storia sociale delle donne*, cit., pp. 127-177, pp. 137-148.

<sup>31</sup> La definizione è di L. Scaraffia, *Essere uomini, essere donne*, nella versione del saggio contenuta in *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, a cura di P. Melograni, Roma-Bari, 1988, pp. 193-258, p. 201.

discrasia fra il volto di una follia scientifica che si addolciva e una realtà in cui la brutalità della pazzia continuava a sconvolgere e spaventare. Più che una mera rappresentazione, essa era una realtà *de facto* molto scomoda per le famiglie e per l'ordine pubblico. Se le donne dovevano rispondere alla propria ragione sociale di mogli e madri, custodi della dignità, del pudore, della famiglia, della casa, della roba, dei segreti, anche la componente maschile, in termini ovviamente diversi, non doveva trascendere a una misura che si addiceva agli uomini ritenuti sani di mente, normali. Non possiamo infatti dimenticare che la superiorità maschile dell'età della ragione fu fondata su un esemplare uomo occidentale che rispecchiava l'ideale dell'umanità stessa; ma questo tipo era costituito da un uomo che *in primis* nel corpo e nei gesti avrebbe dovuto esprimere armonia, proporzione, moderazione, autocontrollo e forza di volontà. Azione e vigore erano ideali di virilità che dovevano rientrare in tale equilibrio<sup>32</sup>. I pazzi, al contrario, rappresentavano tutto ciò che non era equilibrio, sia sul versante femminile sia su quello maschile: scomposti, irregolari di contegno, sudici, "malpropri", irascibili, svogliati, oziosi erano gli epiteti con cui nelle cartelle cliniche più spesso venivano etichettati nei loro comportamenti. La mancata ottemperanza alle attività e a un determinato codice comportamentale tollerabile era per le famiglie cagione di innumerevoli disagi e, nel caso degli uomini, fonte di contravvenzione all'ordine pubblico per la comunità.

I motivi concreti che spingevano all'internamento maschile avevano un'*escalation*, come quelli femminili, ma c'erano alcune differenze fondamentali nei modi, nei metodi, nei luoghi in cui gli atti morbosi si manifestavano. Anche per loro l'inadempienza e la svogliatezza sul lavoro erano le prime avvisaglie, sempre corredate da atti inusuali che si rivolgevano dapprima verso i familiari, poi, differenziandosi dalle donne, verso l'esterno. Agostino C., contadino senese, era malato da qualche tempo quando fu internato nel 1889; quattro anni prima era scappato di casa senza una

<sup>32</sup> Mi riferisco qui al testo classico di G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Torino, 1997, [1997]. La riflessione sulla mascolinità occidentale e sui caratteri che essa assunse in età moderna e contemporanea è tuttavia molto più ampia e rimando, senza pretesa di esaustività, per ulteriori confronti ad alcuni testi classici: R.W. Connell, *Mascolinità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Milano, 1996 [1995]; J. Tosh, *Come dovrebbero affrontare la mascolinità gli storici?*, in *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, a cura di S. Piccone Stella, C. Saraceno, Bologna, 1996, pp. 67-94; T. Carrigan, B. Connell, J. Lee, *Toward a New Sociology of Masculinity*, in "Theory and Society", 5 (1985), pp. 551-604; P. Bourdieu, *Il dominio maschile*, Milano, 1998 [1998]; M. Donaldson, *What Is Hegemonic Masculinity?*, in "Theory and Society", *Special Issue: Masculinities*, 22 (1993), pp. 643-657; V. Seidler, *Riscoprire la mascolinità. Sessualità, ragione, linguaggio*, Roma, 1992, [1989]. Per l'Italia: *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, a cura di S. Bellasai, M. Malatesta, Roma, 2000; *Mascolinità all'italiana. Costruzioni, narrazioni, mutamenti*, a cura di E. Dall'Agnese, E. Ruspini, Torino, 2007.

ragione e venne condotto in manicomio per questi motivi: “di quando in quando in questi ultimi mesi era preso da un grande scoraggiamento e diceva di non poter più attendere al lavoro. Adesso sono quattro giorni e quattro notti che ad intervalli più o meno brevi si mette a gridare, minacciando i parenti”<sup>33</sup>. Se l’inadempienza alle faccende domestiche e alla cura dei figli da parte delle donne portava al disordine del nucleo familiare e alla mancanza di gestione, quella al lavoro da parte degli uomini ne minava direttamente la sopravvivenza, soprattutto laddove rappresentava, nella maggior parte dei casi, la più ingente se non unica entrata economica. Se ciò è particolarmente evidente nel caso di famiglie dove il marito svolgeva una professione artigiana o salariata, anche nel mondo contadino, dove alle donne spettava una fetta ingente di lavoro domestico, la conduzione delle terre e dei poderi, così come l’allevamento dei grandi animali, le maggiori risorse, erano compito degli uomini. Possiamo perciò supporre che, ai fini di una continuità produttiva, la sollecitudine con cui si ricorreva al rimedio di una situazione di *impasse* fosse superiore nel caso di malattia maschile.

Il problema della contenzione poi, riguardava gli uomini con implicazioni di maggiore gravità, dal momento che trattenere un uomo in casa era più complicato. I comportamenti dei giovani ragazzi o degli adulti colpiti da malattie mentali irreversibili, quali la demenza, l’imbecillità, l’idiozia, erano solitamente tollerati fino a che la famiglia non era più in grado di occuparsene poiché incorrevano in azioni e bravate causa di non pochi problemi, come nel caso di Luigi G., colono di sessanta anni: “alcuni anni fa riportò grave contusione al capo per una caduta. Da quell’epoca s’indebolì la sua mente fino a ridursi all’ebetismo. In tale stato fu tenuto vari anni in casa essendo quieto. Essendo stato preso da esaltamento maniaco fu qui inviato”<sup>34</sup>. Nel manicomio restò solo pochi mesi perché, arrivato al termine della propria malattia, morì per marasma generale. Carlo F. invece era un giovane livornese di 24 anni, colpito in tenera età da forti febbri con cefalee che lo ridussero in stato di imbecillità. I genitori lo custodirono per molti anni, ma in seguito ad alcuni episodi ritennero opportuno mandarlo all’ospedale: “in casa sta baloccandosi tutto il giorno e se contrariato era preso da accessi di furia. Abusandosi del suo stato di mente fu eccitato a gridare fuori grida sediziose e la famiglia n’ebbe noie ed impicci. Fu perciò inviato all’ospedale e di qui al manicomio”<sup>35</sup>.

A poco a poco i segni della malattia mentale si evolvevano, culminando in una serie di episodi che prevedevano con una certa frequenza lo sfogo in maltrattamenti e atti morbosi. Se la violenza delle donne rimaneva soprat-

<sup>33</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1767, Agostino C., 1889, b. 12.

<sup>34</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 506, Luigi G., 1880, b. 4.

<sup>35</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1785, Carlo F., 1889, b. 12.

tutto verbale e alle loro minacce non seguivano quasi mai atti di aggressione fisica, che poteva arrivare al massimo a delle percosse sui figli, e in ogni caso risultava più agevolmente placabile, quella degli uomini si concretizzava in episodi di particolare ferocia: mogli, madri e figli malmenati, minacce verso i familiari, nonché veri e propri tentativi di omicidio. Angelo P., giovane manovale senese aveva sempre mostrato un carattere difficile, di “buona costituzione fisica. Indole morale poco corretta; grado d’intelligenza sufficiente; poco costumato; di carattere irascibile; aveva poca volontà al lavoro; era dissipatore e costrinse la sua famiglia a ristrettezze economiche”. I suoi comportamenti sociopatici erano stati a lungo tollerati, ai ragazzi giovani si perdonava un carattere poco trattabile, fino a che non si arrivò ad un punto di rottura. “Nel tempo trascorso oltre ai disordini di vita in lui abituali, tirò una fucilata a suo padre per futile motivo: dice che la deviò e suo scopo fu quello d’impaurirlo; è trasceso a ire di fatto contro i parenti per motivi non giustificati e dietro querela della famiglia, il tribunale con sentenza del 19 aprile lo condannò a dieci mesi di carcere”<sup>36</sup>.

Anche i tentativi di suicidio mostrano un grado di efferatezza mai raggiunto nelle donne, che solitamente ricorrevano alla defenestrazione o all’annegamento. Nella storia di Girolamo A., guardia carceraria di Orbetello, internato per lipemania nel 1889, ritroviamo gli elementi di una storia di violenza sviluppata in un mondo tutto al maschile, nella sezione di un carcere.

La mattina del 19 giugno dopo aver prestato fino alla mezzanotte il suo servizio andò a riposare; non essendosi al mattino presentato fu ricercato e trovato intriso di sangue con una ferita da taglio alla regione anteriore sinistra del collo e due ai polsi, che si era inferte con un temperino; dopo fu sempre insonne e in smanie e comparvero degli accessi convulsivi che cessarono dopo qualche giorno. Il 16 luglio, senza motivo, mentre conversava con un compagno, afferrò uno sgabello e lo tirò al compagno producendogli una vasta ferita alla testa<sup>37</sup>.

Durante l’esame psichico Girolamo non riuscì a giustificare i suoi atti, risultava confuso e la sua memoria riguardo ai fatti commessi non era ben conservata:

per quel che riguarda il fatto commesso ad Orbetello non ricorda che confusamente i particolari [...] non sa cosa commettesse al bagno penale, dice che i detenuti gli mettevano paura e che impaurito com’era non sapeva più quel che facesse. [...] Non vuol più fare la guardia carceraria né tornare ad Orbetello: suo unico pensiero è non lasciare più la mamma e il suo paese nativo<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1744, Angelo P., 1889, b. 12.

<sup>37</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1750, Pietro P., 1889, b. 12.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

Girolamo non sarebbe mai tornato al suo paese. Divenuto “demente, inoperoso e impulsivo”, dopo molti anni morirà in manicomio nel 1908 per tubercolosi.

Le azioni folli degli uomini travalicavano le mura domestiche e si palesavano pubblicamente, attraverso vagabondaggi per le campagne, per i borghi o per le città, in alcuni casi armati. Le armi da fuoco risultano infatti, sia nei tentativi di suicidio, sia in quelli di violenza verso gli altri, assoluto monopolio della componente maschile. Già al suo quarto ricovero, Michelangelo B. “cominciò quest’ultima volta con girovagare per la campagna armato di fucile. Diceva che lo faceva a scopo religioso. Teneva discorsi incoerenti. Era svogliato al lavoro”<sup>39</sup>.

Spesso gli episodi di violenza riguardanti gli uomini vedevano l’alcol come fondamentale componente di incremento dei loro atti criminosi, aprendo la possibilità ai gesti più impulsivi, come nel caso di Pietro P., giovane mercante ricoverato più volte per frenosi alcolica. Nel 1889 venne portato al San Niccolò dal momento che

in casa e fuori si era reso intrattabile. Un giorno bastonò senza pietà il suo cavallo, perché non obbediva ai suoi comandi, pretendendo che lo seguisse come un cane. In appresso, introdottosi nelle stanze Civiche di Castiglion Fiorentino rompeva i mobili senza ragione, producendo un danno per una somma rilevante. Tradotto nelle carceri di Arezzo rovinò tutto quanto era nella cella, invèi contro i custodi e superiori, finché a stento poté essere frenato cogli apparecchi di correzione e quindi venne inviato al manicomio<sup>40</sup>.

L’affermazione degli psichiatri contemporanei secondo cui il manicomio era diventato la valvola di scarico delle carceri appare decisamente enfaticizzata nel caso del San Niccolò, anche se in Italia non esistevano ancora strutture specializzate nella contenzione della follia legata al crimine come i manicomi criminali o giudiziari<sup>41</sup>. Tuttavia, non si può non vedere negli atti di violenza e nelle contravvenzioni all’ordine pubblico un motivo precipuo e ricorrente di internamento maschile, nonché un comportamento aggressivo culturalmente diffuso. In quest’ottica si può avallare l’ipotesi di Phyllis

<sup>39</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 500, Michelangelo B., 1880, b. 4.

<sup>40</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1790, Girolamo A., 1889, b. 12.

<sup>41</sup> Nei paesi dove esisteva una maggiore differenziazione nella tipologia strutturale dei manicomi come in Inghilterra, i *public asylums* che servivano soprattutto ad accogliere i poveri che non erano più in grado di vivere lavorando nelle *workhouses* perché elementi di disturbo e bisognosi di cure specifiche, vedevano una presenza di genere piuttosto equa; i *voluntary asylums* invece, maggiormente specializzati nella custodia necessaria di pazienti i cui atti morbosi erano di difficile contenzione, vedevano un maggior numero di ammissioni maschili e una forte presenza di pazzi criminali fra i quali gli uomini superavano di gran lunga le donne (J. Busfield, *Men, Women and Madness*, cit., p. 27).



Chessler, secondo la quale la componente sociopatica, così come quella criminale, avrebbero da sempre una maggiore incidenza nell'internamento maschile. Ciò che non se ne può dedurre deterministicamente è che la patologizzazione del comportamento femminile in termini di malattia mentale, a fronte della maggiore criminalizzazione delle gesta violente maschili, mettesse questi ultimi al riparo da una loro incorporazione e inquadramento nelle categorie della malattia mentale in primo luogo, e dal ricorso alle possibilità offerte dalle istituzioni preposte alla sua cura e contegno in seguito. Ciò che avvenne fu semmai esattamente il contrario. Agli occhi della scienza internazionale e italiana infatti, proprio durante gli ultimi decenni del XIX secolo, la componente criminale, la malattia mentale e il concetto di degenerazione erano stati indissolubilmente legati negli studi scientifici positivisti e, soprattutto, in quelli antropologici di matrice lombrosiana. Dall'altro lato, diversi risultavano i motivi per i quali le famiglie promuovevano l'internamento di uomini e donne e diversi i comportamenti, perché diversi erano i contesti in cui essi avevano l'opportunità di agire e diversi erano i ruoli e i modelli di comportamento e riferimento a cui i folli avevano la possibilità di trasgredire a seconda del genere di appartenenza. Non si può non vedere che ve ne fossero da entrambe le parti. L'alterazione fisica e morale del pazzo era del resto stata concepita nel corso del XVIII e XIX secolo come rappresentazione di uno dei controtipi maschili facenti parte di gruppi marginalizzati, la mente sana doveva risiedere in un corpo sano, di un maschio, e la malattia psichica fu una delle peggiori nemiche della virilità<sup>42</sup>. Le donne erano in quest'ottica più vicine alla malattia fisica e mentale perché semplicemente escluse dalla possibilità di raggiungere tale ideale di perfezione.

Ciò su cui si può riflettere è la necessità, intesa come reale esigenza da parte delle famiglie di rivolgersi alle istituzioni manicomiali per ovviare e riparare alle situazioni di disagio comportamentale e di impossibilità alla custodia; da questo punto di vista, la disparità numerica fra uomini e donne in entrata sembra non solo scontata, ma esigua. I motivi che sottostavano al bisogno di internamento per le donne appaiono spesso futili se confrontati con quelli maschili. Per questo definisco le donne intollerabili e gli uomini incontenibili. I bisogni delle famiglie, dei singoli individui, delle comunità, della classe psichiatrica, delle istituzioni possono scontrarsi, dialogare, venire a patti o collimare in dinamiche relazionali. Possiamo supporre che quelli della famiglia rispondessero maggiormente alla necessità di aiuto, quelli dei medici, teoricamente, alla identificazione di uno stato patologico e alla sua curabilità, quelli delle istituzioni alle risposte che esse erano in grado di

<sup>42</sup> Cfr. G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo*, cit., pp. 70 sgg.

dare ai bisogni e ai problemi della popolazione. Nel caso del San Niccolò, durante gli anni presi in considerazione, si può affermare che gli interessi di tutti i gruppi rappresentati, sebbene diversi, collimassero sulle necessità di internamento da un punto di vista di genere. Probabilmente data la enorme disponibilità di spazio di una struttura edificata per contenere un gran numero di ricoverati, ci furono infatti pochissime donne e pochissimi uomini riconosciuti dai medici come non alienati e ai quali non venne riconosciuto il diritto a usufruire dell'istituzione pubblica manicomiale<sup>43</sup>.

### 3. Spese folli

La storia del manicomio di San Servolo, a Venezia, cominciò in modo particolare rispetto ad altri istituti italiani. Venezia era una città di commerci, ricca e florida, dove molte famiglie erano riuscite a fare vere e proprie fortune. A partire dal 1725, oltre che a ospedale per marinai e feriti dell'esercito, la struttura venne adibita a ospitare non mentecatti poveri, spesso rinchiusi nelle fuste in laguna, ma gentiluomini ritenuti affetti da pazzia. Le famiglie, allontanandoli, si preservavano dagli scandali derivati dalla follia e, soprattutto, riuscivano a salvare gli ingenti patrimoni accumulati con le attività commerciali<sup>44</sup>. Il San Niccolò non nacque affatto con la vocazione di clinica psichiatrica privata, eppure il tema del denaro ricorre nei motivi di internamento da punti di vista diversi riguardo al genere. Le donne, in mancanza di un potere e di un'autonomia economici, avevano pochissimo spazio d'azione per ciò che riguarda la gestione economica delle risorse familiari. I beni della famiglia sui quali potevano avere effetti deleteri erano quelli con cui venivano maggiormente a contatto, in particolar modo quelli materiali: gli oggetti, i mobili della casa, la biancheria; le donne rompevano "la roba", gli uomini avevano le condizioni d'accesso per poter dissipare patrimoni e capitali o i pochi denari a disposizione di famiglie già in condizioni economiche poco agiate. La spesso annoverata concausa di follia dei "dissesti finanziari" e delle tribolazioni economiche appare a una lettura

<sup>43</sup> Nel caso palermitano studiato da Paola Bell Pesce, l'autrice è in grado di dirci che, in confronto ad un 40% in meno di richieste di internamento femminile, coloro che venivano riconosciute come alienate e quindi ricoverate, erano proporzionalmente più degli uomini (P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al Manicomio di Palermo (1890-1902)*, in "Genesis", 1 (2003), pp. 91-122, pp. 91-92). Tuttavia, se l'autrice interpreta il dato come segno di una maggiore facilità a riconoscere le donne come affette da pazzia da parte della classe medica, potremmo leggerci, in virtù di ciò che è stato detto, anche una maggiore facilità da parte delle famiglie a riconoscere gli uomini come folli o, quantomeno, a ricorrere al loro internamento alla prima avvisaglia di comportamento inconsuetto che avrebbe potuto diventare pericoloso.

<sup>44</sup> H. Terzian, *La formazione d'un archivio dell'emarginazione e della follia. Prospettiva di ricerca e riflessioni*, in *L'archivio della follia*, cit., pp. 17-52, p. 17.

odierna delle cartelle cliniche maschili più spesso una causa di internamento che una causa di follia.

Succedeva, infatti, che contadini o artigiani in condizioni economiche di per sé disastrose cominciassero a condurre affari scellerati presso le fiere e i mercati rurali, “a farla da gran signore”, sperperando le esigue risorse a disposizione dei familiari e, se non potevano essere tollerati l’ozio e l’inattività, le spese smodate rischiavano di portare alla rovina definitiva. La malattia di Virgilio T., anziano colono senese, era cominciata da un paio di mesi con una loquacità inconsueta e idee definite “strane”. Poi cominciò a mostrare la propria inquietudine in famiglia con atteggiamenti prepotenti e rifiuto delle osservazioni altrui. Infine, nel corso degli ultimi giorni di malattia “faceva spese inconsuete, si vantava di una intelligenza superiore a tutti quelli che avvicinava, faceva tutti gli affari a suo capriccio e la notte dormiva poco”<sup>45</sup>.

Nelle delicate questioni economiche derivanti dai comportamenti bizzarri vediamo però entrare in scena con una certa frequenza le famiglie benestanti. Al San Niccolò non venivano internati soltanto poveri bisognosi; anche se in piccola parte, arrivavano Signori e Signore benestanti che i familiari decidevano di far curare presso l’istituto senese a proprie spese, pagando una retta distinta e ricevendo un trattamento elitario. La storia delle cliniche private per la salute mentale in Italia è ancora un terreno in gran parte sconosciuto<sup>46</sup>, così come poco si sa delle sezioni distinte che vennero costruite all’interno dei manicomi pubblici provinciali. A Siena il progetto di una Villa per Signore rettanti si concretizzò in realtà nel 1880 in una Villa per Signori. L’ambiente più confortevole, spazioso e arioso dedicato ai paganti fu costruito sul lato opposto della strada dove sorgeva lo stabilimento centrale col resto del villaggio, negli orti dell’ex convento del Santuccio. L’aspetto della villa era completamente diverso dagli edifici centrali, simile

<sup>45</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1747, Virgilio T., 1889, b. 12.

<sup>46</sup> Nel censimento degli archivi degli ex ospedali psichiatrici svolto nell’ambito del progetto Carte da legare all’interno del SIUSA, sono menzionate attualmente tre case di cura private il cui archivio è stato inventariato: la Casa di cura Colle Adriatico di Pesaro, inaugurata nel 1900, la Casa di salute femminile di Valdobbiadene, aperta nel 1885 come succursale dell’Ospedale Psichiatrico S. Artemio di Treviso e le Case di cura Sbertoli, nella collina di Collegliato presso Pistoia, inaugurate nel 1868. Queste ultime sono le uniche incontrate nelle cartelle cliniche. Due pazienti internati nel 1889, un uomo e una donna, avevano precedentemente trascorso un periodo di degenza presso queste ville. L’istituto, fondato nel 1868 dal prof. Agostino Sbertoli in seguito all’acquisto di due prime ville patrizie, acquisì una notevole importanza per la cura dei pazienti provenienti dai ceti nobiliari e borghesi, non solo toscani e italiani, ma europei, mantenendo il suo carattere di clinica privata fino al 1950, quando la Provincia di Pistoia lo acquistò trasformandolo in manicomio pubblico provinciale. Il sito internet di riferimento è <http://cartedalegare.filosofia.sns.it>, mentre per le ville Sbertoli cfr. il recente lavoro A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli da Casa di salute a Ospedale neuropsichiatrico provinciale*, Pisa, 2013.

a quello di una elegante clinica privata appunto, l'ingresso decorato in stile pompeiano, le camere divise in tre diverse categorie, da quelle per i meno abbienti a quelle più fornite. All'interno si trovavano le stanze del medico e degli ispettori, sale da bagno e strutture per l'idroterapia distinte da quelle dell'edificio centrale, sale da biliardo, musica, lettura, insomma attività maggiormente consone a signori provenienti da ceti borghesi e nobiliari<sup>47</sup>. Perché se l'ergoterapia e le fabbriche erano adatte ai meno abbienti che, nel tentativo di rieducazione e recupero della loro operatività, venivano impiegati a tempo pieno, le attività dei rettanti erano piuttosto degli svaghi. Chi voleva poteva occuparsi in qualche lavoro, ma senza alcuna coercizione, o dilettarsi piuttosto in attività ricreative adatte alle proprie abitudini. Il perché del cambiamento di rotta rispetto alla decisione di costruire una villa per signore non è mai menzionato nella Cronaca del Manicomio, ma possiamo supporre che ciò dipendesse dalla maggiore richiesta di uomini da internare rispetto alle donne, sistemate invece in un'ala, seppur appartata, del padiglione centrale<sup>48</sup>. La sollecitudine con la quale le famiglie tendevano ad affrontare la malattia mentale maschile è sottolineata in vari studi e nella maggior parte dei casi il dato è corroborato, oltre che dalla difficoltà di contenere i comportamenti sociopatici degli uomini, dalla costante maggiore presenza di uomini abbienti sulle donne nei manicomi e soprattutto dalla loro elevata percentuale presso gli istituti di cura privati<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> S. Colucci, *Il San Niccolò di Siena da monastero francescano a villaggio manicomiale*, cit., p. 89.

<sup>48</sup> Nel 1880 erano 11 i pazienti uomini a retta distinta a fronte di 3 sole donne; nel tempo la distanza era andata assottigliandosi, tanto che il quartiere destinato alle signore venne convenientemente rammodernato e, nel 1889, 9 uomini e 7 donne vennero ammessi su pagamento di una retta distinta. Questo dato, l'unico deducibile dai registri statistici, non è costituito dalla totalità dei pazienti paganti, ma soltanto da coloro che potevano permettersi un ricovero a retta distinta appunto, mentre esistevano dei casi in cui pazienti appartenenti alla piccola e media borghesia, oppure a famiglie contadine possidenti, risultavano come paganti a retta comune.

<sup>49</sup> Lo stretto legame fra follia al maschile e protezione della proprietà è ad esempio sottolineato da Houston, tramite le carte dei processi per interdizione intentanti dalle famiglie scozzesi nel XVIII e XIX secolo, che dimostrano come gli affari richiedessero la sanità mentale degli uomini e costituissero una importante fetta dell'internamento al maschile nei *public asylums*. Ne conclude che "if asylums were dumping grounds for unwanted women, they were also dustbins for lunatic men. The material consequences of mental weakness among men were greater in a society where law and social convention gave them more formal power and status than was the case of women. [...] Their subordinate status may actually have protected women against cognition" (R.A. Houston, *Madness and Gender in the long Eighteenth Century*, cit., pp. 314 e 316). Alle stesse conclusioni arriva Oonagh Walsh nella sua ricerca sugli *asylums* pubblici e privati in Irlanda, rilevando che nel XIX secolo le cliniche private vedevano un numero molto maggiore di uomini e che tale rapporto derivasse dal maggior potere economico che questi possedevano (O. Walsh, *Gender and Insanity in Nineteenth-century Ireland*, in *Sex and Seclusion*, cit., a cura di J. Andrews, A. Digby, pp. 69-93, p. 73). Questi e altri autori hanno infatti problematizzato, lavorando su contesti di studio

Questa distinzione ha certamente a che vedere con la necessità di tutela dei patrimoni familiari, sui quali le donne avevano difficilmente giurisdizione e ciò è confermato da alcune storie di pazienti ricoverati nel nostro istituto.

Un esempio scelto fra tutti sono le notevoli preoccupazioni che affliggevano la famiglia di Latterinzio S., sebbene i suoi problemi fossero legati non tanto alla malattia mentale in senso stretto, quanto ai comportamenti inaccettabili dei quali si macchiava a causa del carattere difficile e della dipendenza dall'alcol. Infatti, si legge nell'anamnesi:

sempre volubile fino dalla più tenera età, capriccioso, di intelligenza limitata, poco costumato, non si è mai occupato di nulla e ha enormemente abusato di alcoolici. [...] Da molto tempo si era fatto di carattere strano e intrattabile. Compromettente e sospettoso, ha percosso senza motivi più volte la madre e la moglie, tanto che la moglie, dopo circa due anni di matrimonio, dovè dividersi per i mali trattamenti subiti. Una volta cercò di buttarsi dalla finestra. Il giorno 11 di questo mese cominciò ad insolentire contro chi incontrava e vedeva. Nella notte fu sempre agitato, vedeva persone che non vi erano, inveì contro il fratello e percosse la madre che dovè fuggire, parlava della convenienza di fare un duello con un giovane che aveva veduto poche volte e col quale non aveva mai parlato. Ed era intrattabile con tutti. In quest'anno ha perduto molto al giuoco ed ha litigato con quasi tutte le persone che conosceva<sup>50</sup>.

#### 4. Celibato o solitudine?

Come si nota dai dati relativi agli internati, da un punto di vista di genere salta sicuramente all'occhio la schiacciante maggioranza di celibi uomini rapportata sia ai coniugati dello stesso sesso sia a quella delle donne nubili. A Siena il 57,60% degli uomini internati nel 1880 e il 53,79% di quelli ricoverati nel 1889 era celibe, mentre era nubile, rispettivamente negli stessi anni, il 34,86% e il 30% delle donne<sup>51</sup>. La notevole diffusione del

diversi da quello britannico, la tesi prevalente all'interno della storiografia femminista, e ben esemplificata dalle parole di Elaine Showalter, secondo cui "the rise of the victorian madwomen was one of history's self-fulfilling prophecies. In a society that not only perceived women as childlike, irrational, and sexually unstable but also rendered them legally powerless, and economically marginal, it is not surprising that they should have formed the greater part of the residual categories of deviance" (E. Showalter, *The Female Malady*, cit., p. 73).

<sup>50</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1797, Latterinzio S., 1889, b. 12.

<sup>51</sup> In queste percentuali sono compresi anche i bambini e gli adolescenti non ancora in età da matrimonio, ma in realtà si tratta di pochissimi casi: quattro maschi e una sola femmina nel 1880 e quattro maschi e tre femmine nel 1889. Se si osservano alcuni dati relativi a vent'anni prima il celibato maschile degli ammessi al San Niccolò risulta ancora più schiacciante: durante il quinquennio 1859-1863 il 64,55% degli entrati maschi era celibe e il 44,27% delle entrate nubile. Cfr. C. Livi, *Del manicomio di San Niccolò di Siena e relazione statistica del quinquennio 1859-1863*, Siena, 1864.

celibato maschile fra gli internati nei manicomi era peraltro una tendenza nazionale che si riscontrava, con percentuali oscillanti, in quasi tutti gli istituti<sup>52</sup>. Sfogliando le statistiche di vari manicomi prodotte fra gli anni Settanta e Ottanta si nota come la questione non fosse sempre affrontata dagli psichiatri; quando lo era, i termini in cui veniva frettolosamente declamata erano sostanzialmente due: da un lato, l'insorgere di malattie psichiche negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza o giovinezza, contribuivano "a rendere impossibile il risultato matrimoniale"<sup>53</sup>, poiché "non di rado i predisposti alle malattie mentali presentano mancanza od aberrazione di sentimenti normali, i quali si traducono in atto colla rinunzia delle abitudini domestiche, colle antipatie per il sesso contrario, coll'orrore per la vita sociale"<sup>54</sup> come chiariva il Dott. Raggi, direttore del manicomio di Voghera. D'altra parte la contingenza dello stato di celibato esponeva gli uomini, più che le donne, agli "agenti patogeni" della pazzia e furono il già citato Dott. Lolli e Andrea Verga a liberare il celibe dagli "sfoghi di eloquenza [...] intorno agli infiniti pericoli che attorniano ad ogni momento la vita del povero celibe"<sup>55</sup> una vita segnata da vizi, intemperanza, abuso di alcolici, ambizioni indomite, ansie febbrili, sesso mercenario, una condizione che "senza freno di famiglia, di esperienza e di riflessione, permette maggior

<sup>52</sup> Il più alto tasso di celibi uomini rispetto alle nubili donne fra gli ammessi in manicomio sembra essere una tendenza generale diffusa variamente in tutta la penisola anche se con percentuali oscillanti. In alcuni casi la differenza fra scapoli e ammogliati non è evidente come nel caso senese; a Imola, nel decennio 1862-1873 era celibe 49,95% degli entrati uomini, nubile il 30, 59% delle donne; a Voghera, manicomio provinciale di Pavia, fra il 1880 il 1883 entrarono il 49,19% di celibi e il 33,21% di nubili; a Novara, nel 1880 erano celibi il 50% degli ammessi, nubili il 46,26%; a Lucca fra il 1850 e il 1881 entrarono in stato di celibato il 50, 56% degli uomini e il 45,92% delle donne; a Perugia invece fra il 1874 e il 1876 erano celibi il 59, 72% degli uomini e nubili il 45,31% delle donne, negli anni 1877/1880 il celibato era sceso al 46,90% e il nubilato al 42,23%. Ad Aversa infine, nel quinquennio 1877-1881, il 40,37 % degli uomini in entrata era celibe, mentre lo era il 31,43% delle donne. I dati sono tratti dalle tabelle riportate in: L. Lolli, *Il Manicomio di Imola*, cit.; A. Raggi, *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1880-1881*, Pavia, 1882; Id., *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1881-1882*, Pavia, 1883; Id., *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1882-1883*, Pavia, 1884; G. Todì, *Note statistiche del Manicomio provinciale di Novara per l'anno 1880*, Novara, 1881; *Statistica del manicomio di Fregionaaia*, cit.; R. Adriani, *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia per gli anni 1874-1875-1876*, Perugia, 1877; Id., *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia pel quadriennio 1877-1880*, Perugia, 1881; G. Virgilio, *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881*, Aversa, 1883.

<sup>53</sup> G. Todì, *Note statistiche del Manicomio provinciale di Novara*, cit., p. 23.

<sup>54</sup> A. Raggi, *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1880-1881*, cit., p. 8.

<sup>55</sup> L. Lolli, *Il Manicomio di Imola*, cit., p. 26.

libertà a piaceri smodati, ad una vita sregolata ed impotente, a reprimere e fuggire le passioni”<sup>56</sup>.

Le ipotesi che in presenza di problemi psichici gli uomini – ma in misura significativa anche le donne – fossero esclusi dal mercato matrimoniale e che una maggiore sollecitudine al rimedio fosse dedicata alle madri di famiglia dal momento che i loro problemi psichici potevano riflettersi sulla mancanza di cura nei confronti di figli e mariti, hanno sicuramente un loro fondo di verità<sup>57</sup>. Tuttavia, lo stesso discorso può valere per gli uomini che avevano il compito di sostenere economicamente l'intero nucleo e la cui salute mentale era perciò importantissima ai fini della sopravvivenza familiare.

Se confrontiamo l'età media dei celibi con quella delle nubili in entrata non troveremo significative differenze: quella degli uomini è di 33,83 anni nel 1880 e di 36 nel 1889, quella delle ragazze, un po' inferiore, è di 32,15 nel 1880 e di 33,41 nel 1889. Ciò che differenzia queste medie è in realtà il fatto che, nonostante possano sembrarci entrambe elevate, esse non escludevano a priori gli uomini dal mercato matrimoniale, essendo l'età del matrimonio più elevata negli uomini, mentre ne estromettevano gran parte delle donne. La maggior parte dei celibi e delle nubili apparteneva a fasce di età intermedie e non a quelle più elevate o quelle più basse, come si può notare nella tabella relativa alla ripartizione secondo le fasce di età e lo stato civile<sup>58</sup>. Non erano perciò bambini e adolescenti nati in una condizione di infermità mentale permanente a costituire la maggior parte dei non sposati, ma donne e uomini adulti, questi ultimi teoricamente in età da matrimonio, e una buona percentuale di anziani. Notevoli differenze di distribuzione le troviamo invece per ciò che riguarda i coniugati e le coniugate. Le donne sposate, oltre ad essere specularmente una percentuale molto maggiore rispetto ai maschi, coprivano quasi tutte le fasce di età con una maggioranza in quella dai 21 ai 30 e nelle due successive non riscontrabile fra gli uomini. Questa situazione è del tutto rapportabile con quella dei dati sul celibato, nubilato ed età al matrimonio della popolazione toscana negli stessi anni<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> E. Gonzales, *Relazione statistico-sanitaria dei manicomi Provinciali di Milano dal 1 gennaio 1872 al 31 Dicembre 1878*, Milano, 1880, p. 24.

<sup>57</sup> Il rifiuto nei confronti delle donne che non erano all'altezza del proprio ruolo riproduttivo, educativo e domestico è un argomento noto alla storiografia femminista; Phyllis Chesler ha sostenuto che la maggiore percentuale di donne sposate all'interno dei manicomi sia generalmente riconducibile, non tanto alla sollecitudine alla guarigione per fini di utilità, ma al ripudio da parte dei mariti poiché impossibilitate a svolgere il proprio ruolo di mogli e madri (P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, cit., p. 61). Altre studiose hanno invece messo in evidenza la coincidenza probabilmente non casuale fra l'età media delle donne internate nei manicomi e il periodo della menopausa.

<sup>58</sup> Vd. la tabella 8 in appendice.

<sup>59</sup> Poiché il campione dei pazienti ricoverati proviene da ben 5 provincie toscane, suppongo di poter ritenere tutto sommato abbastanza indicativi i dati aggregati relativi all'intera regio-

L'età di accesso al matrimonio per gli uomini toscani del 1881 era infatti in media di 28,6 anni, calò leggermente ma si attestò sui 27,6 ancora nel 1901, il linea con i dati che riguardano gli internati al San Niccolò. Le donne, per contro, avevano un'età media al matrimonio inferiore, di 24,8 anni nel 1881 e di 24,5 nel 1901 e anche in questo caso possiamo trovare corrispondenza coi dati manicomiali<sup>60</sup>. Il celibato molto diffuso, sia temporaneo che definitivo era peraltro una tendenza generale toscana e del centro Italia, zona a connotazione mezzadrile delle campagne caratterizzate da un tipo di famiglia complessa, con residenza patrilocale e un'età al matrimonio piuttosto elevata. A partire dal XVIII secolo infatti, la sovrabbondanza di forza lavoro e la scarsità dei poderi a disposizione per effetto dell'aumento della popolazione avevano diminuito la forza contrattuale delle famiglie mezzadrili. L'inasprirsi dei patti agrari aveva determinato una minore autonomia e un maggior controllo da parte dei padroni sulle famiglie; queste, dal momento che le spose prendevano residenza in casa del marito, avevano perciò utilizzato il nubilato e, in misura maggiore, il celibato dei propri componenti per difendersi dall'eccessiva presenza di unità improduttive all'interno della famiglia<sup>61</sup>. Il meccanismo del *capocciato*, che spettava a un maschio

ne, anche se le zone rurali e quelle cittadine avevano comportamenti matrimoniali profondamente diversi e sicuramente la città di Firenze, l'agglomerato maggiore e più avanzato in termini di sviluppo e tendenze demografici, influiva notevolmente sui dati totali. Il celibato non definitivo e l'età al matrimonio degli uomini tendevano solitamente ad alzarsi fra le classi più agiate e fra gli abitanti delle città per due motivi: nel primo caso perché il percorso formativo che permetteva agli uomini di raggiungere una buona posizione lavorativa, di fare carriera, era lungo ed essi aspettavano a prendere moglie finché questo non fosse concluso, salvo poi sposare donne più giovani e in età fertile; nel secondo caso perché le opportunità di carriera erano comunque maggiori per tutte le classi sociali in città e i costi sociali ed economici di un matrimonio erano più alti rispetto a quelli della campagna. Anche l'età di accesso al matrimonio delle donne tendeva ad alzarsi nei capoluoghi di regione e provincia. Cfr. M. Livi Bacci, *Donna, fecondità e figli. Due secoli di storia demografica italiana*, Bologna, 1980, pp. 150-152.

<sup>60</sup> L'età di accesso al matrimonio in Toscana, sebbene lievemente superiore, non si discostava molto da quella piuttosto alta e generale italiana di 28,2 e 27,7 anni rispettivamente nel 1881 e nel 1901 per gli uomini e di 24,1 sia nel 1881 che nel 1901 per le donne, con punte di età più alte nelle regioni centrali (Toscana appunto, Marche, Umbria e Lazio) per entrambi i sessi, una fascia intermedia appartenente al Nord Italia e punte più basse nelle regioni del Sud. Anche le percentuali di celibato definitivo nella regione furono per tutto l'Ottocento superiori rispetto a quello femminile, negli anni 1881 e 1901 rispettivamente del 14,3% e del 13,1% per gli uomini e dell'11,1% e 10,2% per le donne. Per i dati cfr. R. Rettaroli, *L'età al matrimonio*, in M. Barbagli, D.I. Kertzer, *Storia della famiglia italiana 1750-1950*, Bologna, 1992, pp. 63-102, pp. 73 e 80. I dati riportati precedentemente sulle percentuali di celibato e nubilato di vari istituti sembrano confermare questa tendenza; il dato più basso di celibato e nubilato lo si riscontra infatti proprio ad Aversa.

<sup>61</sup> Cfr. M. Barbagli, *Sistemi di formazione della famiglia in Italia*, in *Popolazione, società e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII-XIX)*, I Congrès Hispano Luso



della famiglia, prevedeva che i primogeniti avessero la facoltà di decidere se ammogliarsi e se prendere le redini della famiglia/azienda. Posto che il meccanismo non fosse deterministico, di fatto, faceva sì che nelle famiglie con più fratelli, qualcuno finisse per rimanere celibe, o dovesse in ogni caso aspettare il proprio turno al matrimonio<sup>62</sup>. Di conseguenza, le figlie che rimanevano in famiglia o in attesa di matrimonio, venivano spesso espulse dal nucleo familiare per far posto alle mogli dei fratelli, andando a lavorare in qualità di garzone in altri poderi, oppure trasferendosi in borghi e città per cercare lavoro, quasi sempre come donne di servizio. I dati posseduti sugli internati in manicomio sembrano confermare queste tendenze. Se si osserva la tabella relativa alla divisione degli internati uomini per stato civile e professioni si può vedere che il peso della professione mezzadrile era abbastanza preponderante rispetto alla somma di tutte le altre<sup>63</sup>; i mezzadri mostrano una più alta percentuale di celibi rispetto ai braccianti e la loro età media era superiore rispetto a quella della somma delle altre professioni artigiane, contadine o impiegatizie, ma inferiore rispetto a quella dei braccianti, fra i quali si presume perciò che lo status di celibato avesse una connotazione maggiormente involontaria e definitiva. Nel 1889 sia l'età media dei celibi che quella dei coniugati si innalza nelle categorie dei coloni e dei braccianti, mentre tende in entrambi i casi a diminuire nelle altre professioni<sup>64</sup>. Del forte controllo sullo stato civile dei membri di famiglie mezzadrili, soprattutto se uomini, da parte sia delle famiglie che dei padroni, si trova traccia nella vicenda di Piero M., colono celibe e oramai cinquantaquattrenne, residente in un podere a Fontanelle, vicino Siena. L'unica origine dello stato di lipemania nel quale fu ricoverato in manicomio venne rintracciata

Italià de Demografia Històrica Barcellona, 22-25 aprile 1987, Bologna, 1990, pp. 3-43, p. 21. Per ciò che riguarda gli aspetti organizzativi della vita familiare e organizzativa nel contesto mezzadrile cfr. S. Anselmi, *Mezzadri e mezzadrie nell'Italia centrale*, in *Storia dell'agricoltura italiana in età contemporanea*, vol. II, *Uomini e Classi*, a cura di P. Bevilacqua, Venezia, 1992, pp. 201-259.

<sup>62</sup> Secondo Barbagli questo meccanismo fa innalzare evidentemente l'età al matrimonio nelle campagne, aumentare il celibato definitivo e allargare le famiglie in senso orizzontale. Alle stesse conclusioni perviene Marco Della Pina nel suo studio sulle campagne pratesi, M. Della Pina, *Famiglia mezzadrile e celibato: le campagne di Prato nei secoli XVII e XVIII*, in *Popolazione, società e ambiente*, cit., pp. 126-139. Lo stesso sostiene Andrea Doveri nella sua ricerca sulle campagne pisane di fine Ottocento, dove fra le famiglie coloniche, rispetto a quelle bracciantili, si registrava una più alta età al matrimonio negli uomini, più ampia differenza d'età fra i coniugi e maggiore frequenza del celibato dei componenti delle famiglie coloniche (A. Doveri, *Sposi e famiglie nelle campagne pisane di fine '800. Un caso di matrimonio "mediterraneo?"*, *ivi*, pp. 141-160).

<sup>63</sup> Vd. la tabella 7 in appendice.

<sup>64</sup> Questo dato è in realtà abbastanza relativo poiché, fra gli schedati nelle cartelle cliniche del 1880 esistevano in realtà molti recidivi le cui cartelle dei ricoveri precedenti erano state non redatte o perse o sostituite.

dai medici nella licenza impostagli del padrone del podere presso il quale era in affitto dal momento che, essendo celibe e in età molto avanzata, non riusciva a trovare una donna che lo aiutasse nella conduzione, tanto che, a sfratto ricevuto, tentò il suicidio<sup>65</sup>.

Tutto sommato però, le caratterizzazioni delle categorie professionali contadine, essendo piuttosto incerte e mobili<sup>66</sup>, si riflettevano soltanto in parte sulle differenze di genere e relative ai costumi matrimoniali e familiari. In generale è possibile infatti affermare che fossero soprattutto i costumi di una società rurale disseminata nei più piccoli borghi e nei centri di provincia a costituire un fattore determinante.

Infatti, sebbene i capoluoghi di provincia dai quali provenivano gli internati al San Niccolò non fossero ancora delle grandi città in via di sviluppo, osservando la distribuzione di celibato e nubilato secondo la provenienza risulta evidente una differenza di comportamenti familiari generali fra “città” e “campagna” per ciò che riguarda entrambi i sessi<sup>67</sup>.

I numeri sullo stato civile dei provenienti dai capoluoghi mostrano infatti una situazione completamente invertita rispetto a quella di coloro che vivevano altrove. In tutte le città la proporzione fra celibi e coniugati uomini era pressappoco del 50% a testa se non a favore dei coniugati, mentre nelle provincie, all’opposto, la maggioranza era sempre a favore del celibato. Le donne invece mostrano una situazione specularmente opposta e in maniera ancora più accentuata degli uomini. Considerando che le donne nubili erano in numero molto inferiore rispetto alle coniugate, risalta la loro maggioranza fra le provenienti dalle città. Non soltanto, ma le città di Pisa e Livorno, le più grandi e sviluppate fra quelle prese in considerazione, avevano in percentuale anche un alto numero di vedove. La solitudine della condizione femminile come rischio per l’incolumità e condizione frequente per l’internamento sembra perciò confermata<sup>68</sup>, anche se in misura minore rispetto ai grandi agglomerati urbani del tempo, nelle dinamiche di inter-

<sup>65</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1698, Piero M., 1889, b. 12.

<sup>66</sup> Le due categorie del bracciantato e della mezzadria, così come le altre riferite alle professioni contadine di “agricoltore”, “contadino”, “zappaterra”, erano in realtà molto spesso usate con poca distinzione, con diverso utilizzo fra le cartelle cliniche e i registri per esempio, o perché interagivano effettivamente fra di loro nel corso della vita dei contadini che, a seconda dei diversi momenti della vita, potevano trovarsi in condizioni contrattuali diverse.

<sup>67</sup> Vd. la tabella 6 in appendice

<sup>68</sup> La situazione familiare degli internati è riconosciuta come importante elemento di discriminazione per l’internamento femminile e maschile da Houston, che considerando l’età media di circa quarant’anni per le donne e circa trenta per gli uomini *singles* internati nei *public asylums*, ne conviene che le donne fossero maggiormente propense a finire in manicomio, non tanto perché rifiutate come inutili dai mariti, ma perché prive della protezione sia di un marito che di un padre (R.A. Houston, *Madness and Gender in the long Eighteenth Century*, cit., p. 315).

namento delle donne provenienti dalle piccole città toscane, dove i tessuti familiari erano presumibilmente più lacerati rispetto alle campagne, dove i legami di parentela delle famiglie allargate e la comunità funzionavano ancora in un certo senso da rete protettiva<sup>69</sup>.

I figli maschi scapoli che si ammalavano invece, non lavoravano richiedevano cura, sorveglianza, essendo in media giovani e soffrendo di malattie che comportavano sintomi problematici, come l'epilessia, la mania o la frenosi alcolica in maggior parte. Il loro percorso manicomiale si caratterizzava o per una serie di ricoveri o, in assoluta maggioranza, per un ricovero a vita in manicomio, il che conferma che l'elemento improduttivo, isolato, più problematico e meno necessario della famiglia fosse più facilmente soggetto all'espulsione e al ricovero.

Il vero discrimine per le ragazze nubili sembra invece costituito dalla provenienza dalle città. Le nubili che provenivano dai centri cittadini erano connotate da un'età abbastanza avanzata, fra i trenta e quaranta anni, soffrivano di malattie varie, ma generalmente avevano perso entrambi i genitori o erano orfane, lavoravano più spesso come domestiche, serve o non avevano una professione. Rimaste senza lavoro e senza famiglia al momento che il loro rapporto con i padroni si interrompeva, potevano ritrovarsi in stato di povertà, senza nessuno a cui affidarsi e morivano quasi tutte dopo una vita trascorsa in manicomio o affidate al Ricovero di Mendicizia<sup>70</sup>. Flavia B.,

<sup>69</sup> Per le giovani ragazze nubili dei ceti popolari residenti in una grande città come Roma ad esempio, Laura Schettini rintraccia una sostituzione del tradizionale controllo familiare, oramai inesistente, con un dispiegamento del controllo poliziesco da parte delle autorità preposte alla gestione della devianza, che arrestavano e bollavano come prostitute le ragazze trovate sole di sera per strada per condurle in istituti, manicomi o, nella peggiore delle ipotesi, nelle carceri (L. Schettini, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica*, cit., p. 122). In linea generale, sebbene il codice unitario del 1865 avesse ampliato la possibilità giuridica per le donne e i campi d'azione di nubili e vedove fossero stati estesi con la patria potestà a favore dei coniugi superstiti e con lo svincolo dall'autorità paterna anche per le maggiorenni di sesso femminile, la realtà si era andata evolvendo molto più lentamente; di fatto, soprattutto per le nubili, questo aveva significato in termini pratici una diminuzione di protezioni sociali e una maggiore fragilità. Su questo cfr. M. Palazzi, *Solitudini femminili e patrilineaggio. Nubili e vedove fra Sette e Ottocento*, in *Storia della famiglia italiana*, cit., pp. 129-158.

<sup>70</sup> Quella delle domestiche nelle città costituiva una condizione particolare nel corso dell'Ottocento, quando il lavoro di servizio, nelle case cittadine soprattutto, andò femminilizzandosi e caratterizzandosi come occupazione a tempo pieno, per la quale si richiedevano ragazze nubili o vedove. La famiglia dei padroni diveniva così una famiglia di appartenenza, un'opportunità alternativa, in un sistema di *patronage* in cui soprattutto il nubilato era protetto, controllato e tutelato in assenza della famiglia d'origine. Il servizio si configurava come un'occupazione a vita e la tutela veniva pagata di fatto con l'esclusione dal mercato matrimoniale, che poteva portare alla completa solitudine in caso di fine del rapporto di lavoro per vari motivi. Cfr. A. Arru, *Protezione e legittimazione: come si usa il mestiere di serva nell'Ottocento*, in *Ragnatele di rapporti. Patronage e reti di relazione nella storia delle donne*, a cura di L. Ferrante, M. Palazzi, G. Pomata, Torino, 1988, pp. 381-416. Alcune ricer-

originaria di Bagni di Lucca, aveva trent'anni quando venne portata al manicomio senese, dove morì dopo ben ventitré anni di degenza, e nell'anamnesi si legge:

È analfabeta e non ha parenti. Dai Bagni di Lucca si partì al servizio in Livorno. Le sole notizie che ci sono fornite dalla modula informativa sono le seguenti. Essendo odiata dalla famiglia fuggì a Livorno. Dopo essendosi ammalata di tigna fu ammessa nello Spedale di questa città per curarsi. Dopo guarita non potendo più impegnarsi si dette all'accattonaggio. Essendo stata un giorno perseguitata da un uomo cominciò a dare segni di alienazione mentale. Fu reclusa nelle stanze d'osservazione dello Spedale di Livorno. [...] Nel suo vaniferare continuo e sconnesso accenna a idee di persecuzione. Dice che le hanno levato i panni, il battesimo, che vuol essere rimessa a casa sua e nel sacrato, che siamo tutti birbanti e assassini<sup>71</sup>.

Significative differenze sono riscontrabili anche nella composizione della fascia di popolazione manicomiale riguardante la vecchiaia. Nel corso del decennio si innalzò generalmente l'età media degli ammessi in manicomio<sup>72</sup>. Ciò può rinviare sicuramente a un aumento generale dell'età media della popolazione, ma, come analizzato precedentemente, gli anni Ottanta conobbero un aumento significativo di internati anziani affetti da frenosi senile per via dei sussidi erogati dalle provincie. L'età più avanzata degli uomini internati rispetto alle donne indica però quanto nell'anzianità risiedesse una ragione di solitudine che coinvolgeva maggiormente la componente femminile. Anche la maggiore incidenza del sesso femminile fra i ricoverati vedovi era una tendenza diffusa in tutti gli istituti italiani<sup>73</sup>.

che condotte sulla città di Firenze confermano invece che il mestiere di servitore e quello di domestica fossero legati all'inurbamento di contadini in cerca di lavoro. Fra questi, le donne avevano appunto una maggiore difficoltà a raggiungere l'obiettivo delle nozze a causa del lavoro a tempo pieno e, soprattutto, la maggior parte di esse proveniva proprio da famiglie contadine mezzadrili. Maria Casalini sottolinea esplicitamente come la scelta non autonoma del trasferimento in città delle giovani contadine, sole, dipendesse dal meccanismo di espulsione dovuto al rigido computo delle bocche da sfamare in relazione alla grandezza del potere. Cfr. G. Gozzini, *Matrimonio e mobilità sociale nella Firenze di primo Ottocento*, in "Quaderni storici", 3 (1884), pp. 907-939 e M. Casalini, *Matrimonio e mobilità sociale delle servitù domestiche nella Firenze dell'Ottocento: una storia ambigua*, in *Disuguaglianze: stratificazione e mobilità sociale nelle popolazioni italiane (dal sec. XIV agli inizi del sec. XX)*, 1, II Congrè Hispano Luso Italiá de Demografía Histórica, Savona, 18-21 novembre 1992, Bologna, 1997, pp. 51-73, p. 63.

<sup>71</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 304, Flavia B., 1880, b. 300.

<sup>72</sup> Nel 1880 l'età media degli uomini ammessi è di 47 anni e ascende a 50,5 nel 1889; le donne invece, con medie sempre più basse, entrano a 44,4 anni nel 1880, a 45,5 nel 1889.

<sup>73</sup> Per fornire alcune cifre a titolo esemplificativo: a Imola, nel decennio 1872-1883 furono ricoverati 91 vedovi e 156 vedove; a Voghera, fra il 1880 e il 1883 arrivarono 25 uomini e 41 donne vedovi; a Lucca fra il 1850 e il 1881 entrarono 133 vedovi e 197 vedove; cfr. le tabelle

Le vedove entrate al San Niccolò costituivano una percentuale maggiore di quella maschile: con 59 anni di età media, il 9,6% degli uomini entrati nel 1880 erano vedovi, soltanto il 4,7% con 66,4 anni di media fu la percentuale dei vedovi nel 1889; all'età media di 57 anni furono ammesse in stato civile di vedovanza il 15,60% delle donne nel 1880, a 61 anni in media il 19% nel 1889. Le proporzioni sono influenzate dal fatto che le donne tendevano a non convolare a seconde nozze dopo la morte del coniuge<sup>74</sup>, rimanevano vedove più giovani dal momento che solitamente sposavano uomini, anche se di poco, più grandi di loro, e vivevano tendenzialmente di più. Non era sfuggito a Lolli che in maniera estremamente franca sottolineava che “la donna in generale piglia marito a 23 anni, mentre l'uomo si ammoglia a trenta soltanto; ed è naturale che gli anni passati per soprappiù dall'uomo nel celibato, lo siano per la donna nello stato di vedovanza”<sup>75</sup>. Ma ciò non toglie che la loro solitudine fosse un dato di fatto, nonché un motivo per il quale, come sottolinea ampiamente anche Laura Schettini nel proprio studio sulle donne internate presso il manicomio romano, rimaste sole, nell'impossibilità di sostentarsi autonomamente e di provvedere a se stesse, finissero più facilmente in manicomio<sup>76</sup>. I medici avallavano il bisogno di cure da parte delle vedove, sebbene tendessero sempre a sottolineare come anche questo tipo di domanda assistenziale conducesse ad una vera e propria condizione patologica di follia. Riportando l'opinione del celebre Griesinger, il Dott. Gonzales, direttore del manicomio milanese scriveva:

bene spesso la donna, perdendo il marito, perde ogni sostegno ed appoggio, e per la sua posizione, e per le di lei occupazioni restando maggiormente concentrata nel suo dolore e nel suo affanno, [...] procura quel disquilibrio generale delle funzioni dell'organismo che, alla loro volta, danno sviluppo a qualche forma d'alienazione<sup>77</sup>.

statistiche contenute in L. Lolli, *Il Manicomio di Imola*, cit.; A. Raggi, *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera*, cit.; *Statistica del manicomio di Fregioniaia presso Lucca*, cit.

<sup>74</sup> La frequenza con cui in Italia i coniugi italiani tendevano a risposarsi dopo la morte del consorte era alta, ma lo era di più nel caso degli uomini, che necessitavano di una donna per la cura della casa e degli eventuali figli rimasti orfani di madre. Tra il 1883 e il 1886 più del 50% degli uomini vedovi era convolata a nuove nozze. M. De Giorgio, *Raccontare un matrimonio moderno*, in *Storia del matrimonio*, a cura di M. De Giorgio, C. Klapisch Zuber, Roma Bari, 1996, pp. 307-390, pp. 346-347.

<sup>75</sup> L. Lolli, *Il Manicomio di Imola*, cit., p. 29.

<sup>76</sup> La Schettini nota che le vedove internate al manicomio di Roma fossero, in proporzione al loro peso sulla popolazione, la categoria femminile maggiormente rappresentata. L. Schettini, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica*, cit., p. 124.

<sup>77</sup> E. Gonzales, *Relazione statistico-sanitaria dei manicomi Provinciali di Milano*, cit., p. 24.

Annunziata B. in P., residente ad Arcidosso, era cinquantenne quando, dopo aver tentato varie volte il suicidio secondo le informazioni, venne portata al San Niccolò. La sua storia dice molto sulle condizioni in cui le donne in stato di vedovanza si ritrovavano spesso a vivere. Ecco uno stralcio dell'esame psichico durante il quale fu lei stessa a fornire le ragioni della sua malattia.

Dice che la causa della malattia attuale deve ricercarsi nella miseria che l'affligge e nell'isolamento in cui si trovava, essendo suo figlio operante in Maremma: aggiunge che era spesso presa da dolore di capo e non trovava mai modo di uscire di casa. Nega di aver tentato il suicidio; solo qualche volta esprimeva il pensiero che per lei la morte sarebbe stata un beneficio, non avendo ormai nessuno scopo nel mondo: rassicura di non aver mai ricorso ad atti violenti, per quanto essendo sempre sola avrebbe potuto fare ciò che più le piaceva. È affezionatissima a suo figlio, che sembra le corrisponda uguale affetto e il pensiero di lui soprattutto l'ha distolta da commettere atti a sé pericolosi: vorrebbe vederlo e scrivergli, perché teme anche che non sappia che è stata condotta al manicomio<sup>78</sup>.

## 5. Prospettive matrimoniali

L'affermazione in senso familiare, ossia il raggiungimento di una posizione di padre o madre di famiglia, ricopriva del resto un ruolo importantissimo nella narrazione della vita degli internati. Amore prima e matrimonio poi erano una componente molto presente nei trascorsi dei pazienti e non soltanto delle donne. Anche se ufficialmente l'espressione "amore deluso" o "contrariato" non appare quasi mai fra le cause occasionali scatenanti la malattia riportate nei registri degli internati, è fra le storie dei pazienti un elemento che ricorre in realtà frequentemente.

La giovane età era quella durante la quale le speranze riposte in una storia d'amore fra ragazzi o nella combinazione di un buon matrimonio potevano essere deluse, sia negli uomini che nelle donne. Sebbene con accenti diversi in base al genere, le politiche matrimoniali che emergono dai numeri, ricorrono anche durante le narrazioni degli esami psichici.

Adamo P. era un colono e nel suo caso ritroviamo le tracce dei meccanismi di forte controllo attuati dalle famiglie mezzadrili per mantenere gli equilibri familiari. Adamo aveva quarant'anni quando arrivò al manicomio nel 1880 in uno stato di mania acuta secondo i medici. Venne dimesso con una diagnosi di guarigione dopo due anni, ma nel 1883 tornò in manicomio e nel corso dell'esame psichico narrò gli avvenimenti che lo avevano portato al suo primo internamento: avvenne "in seguito ad un dispiacere causa-

<sup>78</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 294, Annunziata B. in P., 1880, b. 299.

togli da un fratello il quale si oppose al suo matrimonio con una giovane, il merito della quale consisteva più specialmente, a suo dire, nel nome di Eva, giacché chiamandosi egli Adamo voleva, per usare le sue stesse parole, riformare la prima coppia che abitò la terra". Si dichiarava molto affezionato alla famiglia, però riservava parole aspre nei confronti del fratello: "secondo lui è stato la causa del non avvenuto matrimonio e ci dice che è un prepotente e un cattivo padre di famiglia, ma infine però dichiara di volergli bene come agl'altri di casa e di non sentire nessun rancore verso di lui". Nonostante il suo stato di indebolimento psichico i medici vollero accertare la veridicità del suo racconto: "quanto al fatto del matrimonio al quale il malato sembra dare tanta importanza, pare che realmente vi sia qualcosa di vero, venendo in parte anche confermato dalla modula informativa"<sup>79</sup>.

Di Valentino G. si riferiva invece:

È stato forte bevitore di vino e d'assenzio: è stato anche onanista sfrenato, non avendo avvicinato donne fino all'età di 40 anni e poche anche dopo quest'epoca. Ha menato vita molto avventurosa essendo stato a lavorare in Affrica, in Francia e in molte parti d'Italia. Tre anni sono s'innamorò di una ragazza che lo rifiutò; credette che fosse per fatto dei parenti della ragazza e suoi e cominciò a credersi perseguitato e ad odiare la madre e il fratello che cercavano di dissuaderlo da quest'amore. Una notte agitatosi prese un pennato e ferì la madre e il fratello, poi tentò suicidarsi<sup>80</sup>.

Il ruolo influente della famiglia di provenienza come regolatore delle politiche matrimoniali emerge frequentemente nelle storie di uomini e di donne, con una differenza sostanziale: mentre per gli uomini erano sempre le madri e i fratelli ad essere percepiti come antagonisti alla realizzazione delle proprie aspettative di vita, in parte per le ragioni viste sopra, per le donne erano specularmente i padri e le sorelle; i primi in quanto attori della contrattazione, le seconde in qualità di possibili rivali che suscitavano sentimenti di competizione e invidia. Caterina B., ventiseienne proveniente da una famiglia benestante, perciò con notevoli aspettative nella negoziazione di uno spozalizio, aveva finito per odiare suo padre a causa delle cui decisioni riteneva di aver mancato l'occasione di sposarsi.

Nel 1887 la B. fu chiesta in sposa da due giovani; il padre per ragioni economiche procrastinò la decisione della cosa: per tal fatto la malata divenne assai afflitta e cominciò a credere che quei giovani si burlassero di lei; principiò a lagnarsi della sorte, a dire che era onesta etc. Perse il sonno, si lamentava continuamente ed era in preda a una notevole agitazione angosciosa. Fu nell'ospe-

<sup>79</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 346, Adamo P., 1889, b. 3.

<sup>80</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1777, Valentino G., 1889, b. 12.

dale di Pisa nell'87 e nell'88 e sempre fu rinviata a custodia domestica. Nell'87 soffrì pure d'afte alla bocca che le impedirono per un po' di nutrirsi; di tal fatto si mostrò addoloratissima<sup>81</sup>.

I fallimenti che riguardavano la maggioranza delle donne tuttavia, erano di altra natura. Il tema dell'abbandono da parte di un amante o di un promesso sposo compariva con frequenza nelle storie delle giovani donne che tutte le loro speranze avevano riposto in un riscatto personale che poteva quasi sempre arrivare soltanto dal convolare a nozze con qualcuno, anche a costo di fatiche e sacrifici. Il senso di frustrazione e di disperazione raggiungeva livelli di pateticità che non trovano corrispondenza nelle storie degli uomini, o che quantomeno non venivano posti nei soliti termini. La ricorrenza di una narrazione che prevedeva la dedizione e concessione "anima e corpo" ad un uomo che, dopo molto tempo, finiva per sposare una donna più giovane o più abbiente, è praticamente continua.

Annita Assunta B., giovane filatrice di 21 anni, era stata derubata dal proprio amante del denaro che aveva faticosamente risparmiato durante la loro storia d'amore per metter su casa. Rifiutata ogni cura presso l'ospedale di Arezzo nel quale era stata ricoverata dopo aver dato segni di instabilità mentale, fu inviata in manicomio, dove in parte confermò la versione della modula.

Dice esser vero aver provato viva impressione per l'abbandono dell'amante, ma assicura che anche avanti aveva dei disturbi, pei quali non era più contenta come prima e non poteva più dormire e mangiare di buona voglia. Aggiunge che per lei oramai non v'è più rimedio, che quello che le è avvenuto le sta bene perché non ha dato ascolto ai consigli dei suoi genitori; che adesso è in condizioni ancor peggiori, avendola condotta qua troppo tardi, e che mentre se la portavano prima nel Manicomio poteva rimediarsi ai suoi mali, ora invece non vi è più rimedio. Descrive il suo stato e dice di sentirsi sempre irrequieta; vorrebbe lavorare e non può perché tanto non c'è conclusione; se mangia, mangia all'arrabbiata e non le fa prò; vorrebbe fare come le altre donne che sono vispe, allegre e contente, mentre per lei tutto è triste e ora va per la peggio; dice che prima che star così sarebbe meglio andare all'inferno e assicura di non trovar quiete un momento. Sembra disamorata con la famiglia e non le importa nulla di tornarvi, amerebbe solo esser libera, ma sente che non potrebbe godere della sua libertà perché si troverebbe sola e nemmeno un cane le vorrebbe bene. I sentimenti religiosi sono pervertiti, spesso bestemmia pur sapendo di far male e aggiunge che anche a quella lassù scapperebbe la pazienza se si trovasse nel suo stato<sup>82</sup>.

<sup>81</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1339, Caterina B., 1889, b. 307.

<sup>82</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1335, Annita Assunta B., 1889, b. 306.



Annita Assunta aveva trasferito su se stessa il senso di colpa e di frustrazione per l'abbandono, attribuendolo ai suoi problemi precedenti e rammaricandosi di non aver cercato una cura prima che accadesse l'irrimediabile. In manicomio riacquistò gradatamente la propria "docilità intellettuale", così, godendo di buona salute fisica ed essendo divenuta buona, tranquilla e regolare di contegno, fu dimessa guarita dopo quasi un anno di internamento. Purtroppo, due anni dopo entrò nuovamente al San Niccolò, oramai madre di due figli illegittimi e le sue tracce si perdono il 5 giugno 1901, quando venne trasferita nel nuovo manicomio provinciale di Arezzo.

Candida M., trentatreenne, domestica residente a Pisa venne ricoverata con la diagnosi di isteria, in seguito al tradimento da parte dell'amante col quale "amoreggiava" oramai da sei anni.

Riguardo alla sua attuale infermità ci fa sapere che le si è originata in seguito al dolore di vedersi abbandonata dal suo amante, al quale per sei anni si era data anima e corpo, sicura di essere sposata. Il giorno che poté assicurarsi di essere tradita e che altra donna egli si era scelto fu per lei un colpo tanto forte, che se non fosse stata trattenuta si sarebbe gettata in Arno. Da quel momento è sempre stata male e vede dappertutto pericoli e le pare il mondo diverso da quello che le appariva prima. Di più essa non ha fatto che lamentarsi e si lamenta tuttora di dolori di testa, di stomaco, di petto, di cuore e alle gambe e alle braccia avverte una vera e propria sensazione di bruciore. Oramai nessuna speranza più le arride, è sfiduciata e crede di non poter più guarire. [...] I sentimenti affettivi sono ben pronunziati per il padre e per l'amante, al quale si sente sempre legata da una forte passione e quando pensa a lui piange e si dispera, essendo poi che sarebbe pronta a fare qualsiasi sacrificio pur di rivederlo e di parlarci<sup>83</sup>.

A fronte della percezione di sé di Candida, che troviamo nella spiegazione dei suoi malesseri riportata nell'esame psichico, i medici la considerarono non soltanto isterica, ma anche ipocondriaca per via delle continue "lagnanze" e dei dolori dei quali diceva di soffrire, per i quali domandava dei rimedi speciali, e perché alcune volte era convinta di sentirsi morta una qualche parte del corpo. Il suo caso è uno dei pochi in cui possediamo un *memorandum* scritto di suo pugno, che i medici allegarono alla cartella per dimostrarne pazzia nel tentativo di suicidio che poi probabilmente non mise mai in atto. La scrittura rivela un'incomunicabilità di fondo fra pazienti, medici e personale ospedaliero, una trascuratezza nei confronti dei sentimenti e delle sensazioni degli internati, puntualmente scandagliati e riportati a favore di una costruzione anamnesticca della patologia mentale, ma di fatto minimizzati e incompresi. Non solo, ma mostra anche quanto, in realtà, lo strumento terapeutico manicomiale, con la sua pretesa di rigore

<sup>83</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1413, Candida M., 1889, b. 307.

e disciplina, fosse assolutamente inutile di fronte a persone che in realtà, molto spesso, chiedevano soltanto di essere ascoltate. Ecco alcune parti della lettera che Candida redasse con l'intenzione di lasciare scritta la propria versione prima di morire.

Se ho fatto questa tremenda morte scusino pazzia perché non fui mai tale. Ma solo fu il male così eccessivo che fu superiore alla mia forza sui primi tempi che fui qui domandavo a vostra signoria un poco di aiuto e loro mi intimavano il silenzio come se io fossi un ladro anno ragione perché il nome di pazza gli un nome tristo. Ma dovrebbero avere capito che non ero pazza non azzardando più a parlare di male il mio fiato era invano tentai la trista sorte di scampare la vita sortendo di questo muro ma tutto invano furono le mie speranze mi permettetevi di mandarmi ma tutto all'opposto anno preferito farmi morire arrabbiata dal male e abbandonata dalla arte medica. Mi spavento sempre quel brutto mostro della morte ma al caso più disperato ho dovuto suicidarmi di mio pugno o poveri miei fratelli o povera mia sorella quanto dispiacere proveranno che mi amavano come begnamino adorava il suo signore.  
Moio per un assassino<sup>84</sup>.

Nell'abbandono o nel rifiuto di un uomo da parte di una donna era il suo orgoglio, più che il suo onore, ad essere tradito; il senso di frustrazione aveva a che fare con il rifiuto o il mancato affare di un buon matrimonio e inoltre, eccezion fatta per i racconti manicomiali, non ne restava alcuna traccia. A macchiare la reputazione femminile rimanevano invece non di rado la deflorazione e soprattutto le gravidanze indesiderate, cariche di uno stigma morale e sociale. Le donne il cui onore era stato tradito con l'abbandono non avevano all'epoca nemmeno la legge dalla propria parte. Il codice del 1865 aveva infatti cancellato il reato di seduzione e la mancata ottemperanza ad una promessa di matrimonio non era minimamente contemplata come succedeva invece nei codici pre-unitari o negli atti giuridici, che in età moderna venivano redatti per garantirne la certezza<sup>85</sup>.

Angiola D.C. era nubile, ventottenne, abitava a Livorno ed era rimasta completamente sola dopo la morte dei genitori. Il suo esame psichico rivela moltissimo sulle cause che la portarono a soffrire di lipemania.

La memoria è difettosa; tutta preoccupata della disgrazia occorsale, del fatto cioè che rimase incinta per dato e fatto di un tale che l'ha poi abbandonata, non ricorda che poco quello che le è avvenuto; non sa nemmeno dirci da quanto ha partorito e sembra che abbia partorito una bambina che fu consegnata alla

<sup>84</sup> *Ibidem*. Gli errori di scrittura sono volutamente stati trascritti fedelmente.

<sup>85</sup> Cfr. M. Pelaja, *La promessa*, in *Storia del matrimonio*, cit., a cura di M. De Giorgio, C. Klapisch Zuber, pp. 391-416.

maternità. A tal riguardo non sa perciò darci troppe spiegazioni, dice che fu una disgrazia e questo ripete ad ogni nostra domanda. I sentimenti affettivi non sono troppo sentiti, e d'altronde essa non ha parenti diretti cui possa essere affezionata; priva di genitori, se ne stava con dei parenti lontani che sembra la lasciassero in balia del primo venuto<sup>86</sup>.

Dinamiche simili si ritrovano fra gli uomini già sposati e che si vedevano protagonisti di un fallimento matrimoniale dove, in ogni caso, rimaneva la donna la portatrice del disonore. Massimiliano B. ad esempio, era stato profondamente disonorato dalla consorte. Di lui, impiegato quarantenne di Livorno, internato per frenosi paralitica, si riportava nell'anamnesi: "come causa dell'attuale malattia si citano gravi dispiaceri familiari. Dové ripudiare la moglie per infedeltà coniugali ben note. Convivendo egli dopo con altra donna, questa ha avuto spesso da litigare colla di lui moglie e per questi fatti egli si è molto accuorato"<sup>87</sup>. Massimiliano, nonostante i deliri di grandezza e le allucinazioni delle quali soffriva a causa della malattia, mostrando un barlume di rimpianto durante il suo esame psichico, ammise che nonostante il ripudio della consorte egli le fosse ancora molto affezionato, che probabilmente il suo giudizio nei suoi confronti era stato affrettato e le calunnie delle quali era stata oggetto erano in gran parte false. Nonostante i ripensamenti di Massimiliano, la sofferenza per il tradimento appare invariabilmente legata molto più a una questione di reputazione piuttosto che di sentimento.

Le cattive scelte o sorti matrimoniali delle donne assumevano generalmente dei contorni molto più tragici. Più che il tradimento da parte del marito infatti, solitamente sorvolato con poche lapidarie parole e considerato nella normalità, erano la violenza domestica e il dolore che ne conseguiva ad avere un ruolo da protagonisti. Qui l'intreccio fra violenza maschile e sofferenza femminile mostra tutti i suoi caratteri nel rovescio della medaglia. Assunta C. in V., internata per frenosi paralitica, aveva una storia familiare molto tormentata alle spalle, unanimemente riconosciuta dai parenti e dai medici. L'anamnesi riportata nella sua cartella clinica, prima di raccontare il decorso della malattia che l'aveva portata al ricovero in ospedale poi in manicomio, esordisce esattamente così:

ebbe la disgrazia di maritarsi ad un poco di buono, che la ha anche ferita e bastonata. Per questo si divise ed andò a coabitare con una sorella. Il marito in seguito tentò di riappacificarsi e ritornò a stare colla moglie, una notte tentò di strozzarla e fu costretta a portarsi allo Spedale di Livorno per essere curata

<sup>86</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1422, Angiola D.C., 1889, b. 307.

<sup>87</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1699, Massimiliano B., 1889, b. 12.

delle gravi contusioni. Dopo fu nuovamente ferita ed il marito fu mandato al domicilio coatto dove trovasi anche adesso. Da circa dieci mesi ha dato segno di alienazione mentale, fa discorsi stravaganti sul proprio marito, del quale è innamorata<sup>88</sup>.

Ancora una volta, l'ambiente familiare si dimostra una componente preponderante, sia nella vita degli uomini che delle donne, come spazio all'interno del quale la follia in un certo senso prende avvio, si sviluppa, si manifesta nell'intreccio delle relazioni amorose, coniugali, familiari che, come si evince dai vissuti, giocavano un ruolo molto importante nella vita dei malati ed era in qualche modo considerato tale dai medici alienisti che indagavano la storia dei pazienti.

<sup>88</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 293, Assunta C. in V., 880, b. 300.

## Capitolo 3

# Una grande madre per un grande uomo

### 1. Il *naturale* sentimento

Il prof. Palmerini, pochi mesi prima della morte nel 1879 e della successione alla guida dell'istituto di Funaioli, venne chiamato, insieme al primo medico assistente Angelo Lachi, a formulare una perizia medico-legale in una causa d'infanticidio. I medici psichiatri erano entrati da tempo nel campo delle perizie a scopo giuridico, uno spazio, quello della psichiatria criminale, che rivendicarono fermamente alla propria competenza e all'autorità di medici e scienziati<sup>1</sup>. Nella notte fra il 21 e il 22 marzo 1879 era stato ritrovato, durante la vuotatura di un pozzo nero, in un paese della provincia senese, il cadavere di un feto ben sviluppato, morto, secondo i medici legali, da circa 10 giorni. Gli agenti di pubblica sicurezza, nelle loro indagini sul possibile autore/autrice del delitto, non tardarono a scoprire che "gravissimi sospetti cadevano su certa T.A. dimorante appunto in quel casamento"<sup>2</sup>. La giovane

<sup>1</sup> Cfr. in proposito F. Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza*, cit. e A. Tagliavini, *La "scienza psichiatrica"*, cit., in V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere*, cit., pp. 77-134. Per una particolare e interessantissima ricostruzione del ruolo giocato da scienziati, legge e opinione pubblica in un processo di omicidio seriale dell'epoca cfr. P. Guarnieri, *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Roma-Bari, 2006, [1988] dove un giovanissimo Enrico Morselli, insieme a più illustri colleghi fra i quali lo stesso Carlo Livi, si impegnò con un sostanziale fallimento a sottrarre alle grinfie della macchina della giustizia Carlino Grandi, il cui pluriomicidio di bambini presso il piccolo paese di Incisa Valdarno rese il caso largamente noto all'opinione pubblica di fine Ottocento e molto dibattuto.

<sup>2</sup> "Cronaca del Manicomio di Siena", 5 (1880), *Perizia medico-legale in causa d'infanticidio*, p. 109.

ragazza nubile era stata mandata l'estate precedente come garzona presso una famiglia di contadini dove "avea dovuto ripetutamente cedere al capriccio del maggiore dei fratelli"<sup>3</sup>. Tornata a casa nell'autunno, aveva dissimulato la propria gravidanza per l'intero inverno, lavorando fino alla sera in cui fu colta dai dolori del parto, avvenuto il giorno successivo mentre si trovava in casa da sola, quando dette alla luce un feto maschio, vivo, che poi gettò nel "loco comodo".

Il medico curante della T. si affrettò a trasmettere al Pretore un rapporto nel quale dichiarava che la madre della ragazza era stata ricoverata per sei anni in manicomio e che lei stessa aveva "le sue facoltà mentali molto ottuse e torpide in modo da renderla incapace alle operazioni più elementari della famiglia, come ad esempio a far la calza e cuciti d'ogni specie e che insomma"; era "una di quelle donne per le quali la natura nulla prodigò, tranne l'istinto della propria conservazione". Aggiungeva che la T. era da tutti rappresentata "per una ragazza buona al lavoro materiale, materialissima nel pensare e priva di ogni educazione perché inetta a riceverla", che il padre, da lui personalmente conosciuto, era "un essere automatico che lavora per mangiare, che mangia per vivere e vive perché mangia senza rendersi o sapersi rendere ragione di ciò che fa"<sup>4</sup>.

Gli psichiatri furono chiamati a visitarla dopo che in lei sia il medico suddetto che il Giudice avevano notato una certa ingenuità, peraltro smentita del tutto da alcuni conoscenti. Gli alienisti del San Niccolò la dipinsero, durante il loro incontro, come una giovane di vent'anni di una certa avvenenza, dalla fisionomia dolce, dichiararono di averla "sempre riscontrata di maniere semplici, disinvolte e garbate, per quanto un po' 'contadinesche'. Dotata di un carattere sincero, pacifico e piuttosto gioviale", la sua mente era "fornita di un giusto corredo d'idee ben ordinate che le permetteva di avere normale la ideazione e l'associazione", essendo dotata di "memoria tenace, pronta e precisa"<sup>5</sup>. Non soltanto, ma in lei risultavano sviluppati sia il senso del pudore che i sentimenti affettivi verso il padre, la madre e il vecchio spasimante "che mai la toccò". Raccontò con precisione ai medici le vicende che l'avevano portata al parto quando, trovandosi in casa da sola, si era sgravata su un vaso da notte, avendo cura di non urlare, e poi aveva gettato il bambino sull'orinatoio insieme alla placenta, fingendosi in seguito malata per via dell'influenza. Ella stessa raccontava, secondo il verbale:

se mi determinai a togliere di mezzo il feto e sopprimere così le tracce del mio fallo, ciò fu perché, sola, inesperta, senza consiglio restai *cieca nella ragione* ed

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 110.

<sup>4</sup> *Ivi*, pp. 110-111.

<sup>5</sup> *Ivi*, pp. 112-113.

anche ambasciata dal dolore, da non potere calcolare tutta la gravità dell'atto che andavo a compiere gettando nel luogo comodo il mio portato e niente lì per lì ebbi in mira, perché manco l'idea di evitare la vergogna e di serbare la mia riputazione mi passò per la mente: fu solo, la *cecità dell'intelletto* che non mi dette agio di pesar l'azione che facevo e una volta fatto il peccato, ora faccio la penitenza<sup>6</sup>.

Gli alienisti, pur riconoscendo l'attenuante di un classico caso di seduzione e abbandono, la dichiararono perfettamente sana di mente, colpevole dei suoi atti sia in generale che al momento dell'infanticidio. Aveva infatti coperto la nascita nei dettagli pulendo tutto e fingendosi presa da dolori di *grippe* fin dalla sera precedente al parto e si ricordava tutto perfettamente. Dichiarava di essersi sentita cieca non "perché fosse rimasta priva della ragione, ma per essersi lasciata vincere dalla disperazione e dalla tentazione di commettere l'infanticidio"<sup>7</sup>.

Il processo si concluse con la condanna dell'imputata a soli otto mesi di carcere per infanticidio colposo e non volontario. I giudici riconobbero all'imputata l'attenuante per essersi trovata, al momento del parto, "in uno stato prossimo a quello di chi non ha piena coscienza dei propri atti né libertà d'elezione"<sup>8</sup>. Giudice e giuria erano in sostanza andati contro al parere di Palmerini, il quale commentava dalle file della Cronaca che, se si ammetteva l'esistenza di una follia da parto, allora per nessuna donna illegittimamente o legittimamente gravida si sarebbe potuto prevedere il reato di infanticidio. Concludeva la propria nota polemica contro le istituzioni giuridiche con queste parole:

io non nego uno stato morale anormale nella donna durante o poco dopo il parto, ma non credo che questo tocchi i confini della pazzia; né posso ammettere che quel passeggero stato di esaltamento che si verifica nella partoriente, come in genere in chi soggiace a gravi dolori fisici, sia tale da dover soffocare l'altro *naturale sentimento che subito si desta vivissimo, vo' dire l'amor per la prole*<sup>9</sup>.

Ci sono delle cose interessanti da notare nella storia di T.A. e nei giudizi che di lei traspaiono dalle parole dei conoscenti, del medico, degli psichiatri. Innanzitutto lo stigma che colpiva la ragazza agli occhi dei conoscenti e del medico che l'aveva in cura, i quali l'avevano subito additata come dotata di esigua intelligenza e colpita della tabe ereditaria che pesava su di lei a causa della malattia della madre. L'onore tradito da una gravidanza illecita, provo-

<sup>6</sup> *Ivi*, p. 111.

<sup>7</sup> *Ivi*, p. 119.

<sup>8</sup> *Ivi*, p. 120.

<sup>9</sup> *Ibidem*, corsivo mio.

cata da un seduttore alla quale non aveva saputo resistere, di una giovane ragazza di campagna ormai orfana di madre. L'apparente perdita della ragione in un momento in cui la ragazza si sarebbe trovata cieca nell'intelletto. La mitezza della pena giudiziaria nei confronti dell'atto commesso dalla madre concupita. Sono tutti *topoi* di un infanticidio ottocentesco<sup>10</sup>. Sul finire del secolo infatti, cominciarono ad essere chiuse in Italia le vecchie ruote dei trovatelli<sup>11</sup>, meccanismo di regolazione sociale che rendeva più facile, sicuro e discreto l'abbandono infantile, limitando peraltro gli episodi di infanticidio e salvando, agli occhi della chiesa, l'anima dei neonati non ancora battezzati. Fu in generale l'atteggiamento nei confronti della figura femminile e della maternità a cambiare. La donna "natura" postulata dagli scienziati, compresi gli psichiatri, in una del tutto apparente fissità biologica, era fondata su diversi elementi fra cui spiccava il determinismo biologico del destino della donna in quanto madre<sup>12</sup>. Nell'anamnesi delle cartelle cliniche lo sviluppo puberale e sessuale maschile non era mai preso in considerazione, se non per registrare "rare" anomalie quali la tendenza alla sodomia o all'onanismo. Delle donne invece, si annotavano sempre, qualora se ne possedessero le informazioni, l'età alla quale era comparso il mestruo, se fosse stato regolare, le gravidanze e il loro decorso, l'andamento del puerperio e dell'allattamento, elementi la cui irregolarità poteva costituire causa primigenia di malattia. Soprattutto la dismenorrea e la scomparsa del mestruo erano considerati elementi di grande interesse, così come gli eventuali aborti, che contribuivano a "corrompere" un corpo riproduttivo sulla cui sfera fisica si insisteva costantemente<sup>13</sup>. A fronte del destino biologico delle donne in quanto madri,

<sup>10</sup> Per un confronto con altri casi riportati e le loro caratteristiche e studi più approfonditi sull'infanticidio in ambito italiano, rimando alla la ricerca di Rossella Selmini sui casi esaminati dalla Corte d'Assise bolognese fra il 1880 e il 1913, periodo in cui, come spiega l'autrice, la scienza penalistica, la criminologia e la psichiatria forense elaborarono il concetto penale e lo stereotipo dell'infanticida (R. Selmini, *Il delitto incosciente. Storie di isteria nei processi per l'infanticidio*, M.P. Casarini, *La "madrizza". Malattia e occultamento della gravidanza*, in *Il corpo delle donne*, a cura di G. Bock, G. Nobili, Ancona, 1988, pp. 105-122, pp. 87-101, e l'intero volume R. Selmini, *Profili di uno studio storico sull'infanticidio: esame di 31 processi per infanticidio giudicati dalla Corte d'Assise di Bologna dal 1880 al 1913*, Milano, 1987). Più recentemente ha riflettuto sulle narrazioni mediche, giuridiche e popolari intorno al corpo delle donne accusate di infanticidio Silvia Chiletto in uno studio sui processi fiorentini: S. Chiletto, *Gravidanze nascoste. Narrazioni de corpo femminile nei processi per infanticidio tra Otto e Novecento*, in "Genesis", 1 (2013), pp. 141-161.

<sup>11</sup> In Toscana la soppressione delle ruote risale in realtà al 1875/1876. Cfr. A.M. Maccelli, *Bambini abbandonati a Prato nel XIX secolo: il "segnale" come testimonianza di un'identità da perdere o da ritrovare*, in "Publications de l'École française de Rome", 1 (1991), pp. 815-836.

<sup>12</sup> V.P. Babini, *Un altro genere*, cit.

<sup>13</sup> Cfr. A. Tagliavini, *Il fondo oscuro dell'anima femminile*, in V.P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit., pp. 78-99. Sulla problematizzazione delle tappe dello sviluppo e della vita riproduttiva delle donne che ne facevano, a partire dalla medicina



un nuovo accento venne posto in apparenza paradossalmente sulla medicalizzazione della gravidanza che, se si rinchiudeva fra le mura domestiche come fatto sempre più afferente alla sfera privata e della quale la madre soltanto era completamente responsabile<sup>14</sup>, si configurava anche come processo standardizzato la cui gestione sarebbe passata a poco a poco dalle donne di famiglia alla competenza medica, che ne stabilì nuove regole igieniche<sup>15</sup>. La singolarizzazione del ruolo materno e l'importanza data alla sfera privata avrebbe dovuto idealmente tradursi in un compito esclusivo, dove non trovava posto il fenomeno estremamente diffuso del baliatico, condannato dai medici come fonte di malattie trasmissibili e di scarso nutrimento per i neonati, in conformità alla nuova attitudine di cura e rispetto verso l'infanzia<sup>16</sup>. La figura tradizionale della Grande Madre mediterranea, con la sua etica del sacrificio, col suo calore, rinforzata in Italia dalla devozione verso il simbolo materno più importante e forte, la Madonna, si unì all'etica borghese, alla scienza, alla giurisprudenza che ne sublimarono il ruolo<sup>17</sup>.

Da ogni parte arrivavano l'imperativo e il richiamo verso un'oppressiva responsabilità materna, un apparente e potente *naturale sentimento*, fo-

illuminista, delle possibili "eterne malate" cfr. Y. Knibiehler, *Corpi e cuori*, in *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, a cura di G. Fraiss, M. Perrot, Roma-Bari, 1991, pp. 307-354.

<sup>14</sup> A cavallo fra Settecento e Ottocento si definì infatti una costruzione culturale, sociale e simbolica della maternità assegnando alle donne il lavoro di cura che, in precedenza decentrato in più luoghi e condiviso da più figure, veniva ora affidato alla sola madre e collocato attorno al focolare. La maternità veniva inoltre completamente iscritta all'interno della coniugalità (G. Fiume, *Nuovi modelli e nuove codificazioni: madri e mogli tra Settecento e Ottocento*, in *Storia della maternità*, a cura di M. D'Amelia, Roma-Bari, 1997, pp. 76-110).

<sup>15</sup> Anche i primi movimenti femministi ottocenteschi puntarono, più che su una rivendicazione dei diritti politici e sul lavoro, sulla missione della donna in quanto madre e sulla rivalutazione del valore e della dignità femminile in ambito domestico. L'amore materno era la sola cosa in grado di combattere il materialismo capitalista maschile da un lato e di unire tutte le donne, indipendentemente dal ceto di appartenenza o dalla nazionalità, dall'altro. Su questi temi cfr. G. Bock, *Le donne nella storia europea. Dal medioevo ai giorni nostri*, Roma-Bari, 2001 [2000].

<sup>16</sup> La letteratura di riferimento per il contesto italiano è costituita per l'Ottocento dai saggi di G. Fiume, *Nuovi modelli e nuove codificazioni*, cit.; N.M. Filippini, *Il cittadino non nato e il corpo della madre*; e A. Bravo, *La Nuova Italia: madri fra oppressione ed emancipazione*, in *Storia della maternità*, cit., a cura di M. D'Amelia, pp. 111-137, pp. 138-183.

<sup>17</sup> Cfr. in generale A. Bravo, *La Nuova Italia*, cit., pp. 150 sgg. e per la figura della madre nella religione cattolica L. Accati, *Madre simbolica e madre reale. La controriforma dei sentimenti*, in *Donne sante sante donne*, cit., pp. 235-253, la quale sottolinea la centralità della Madonna nella religione cristiana, rispetto a quella ebraica, derivata dall'attenzione che si sposta dal Padre al Figlio e che fa del popolo degli eletti una madre. La purezza di Maria venne definitivamente sancita col dogma dell'Immacolata Concezione, grazie al quale ella diventò una madre perenne, non intaccata dal concepimento del proprio figlio, né da quello della concupiscenza di suo padre verso la madre Anna. Venne così codificato il modello astratto della maternità virtualmente vergine e dell'egemonia dei figli sulle madri.

mentato sul finire del secolo dalla convinzione diffusa che ci si trovasse, nonostante i trend di crescita positivi, di fronte a un decremento della popolazione e quindi di fronte al fantasma del rifiuto da parte delle donne del proprio compito<sup>18</sup>.

## 2. *The mother's malady*

In un simile scenario non può stupirci il fatto che, per una grande quantità di internate al manicomio nel corso degli anni Ottanta dell'Ottocento, si adducesse come una delle cause principali di malattia mentale la perdita dei figli e si procedesse a un loro inquadramento nosografico maggiormente specializzato verso le malattie mentali femminili come la frenosi isterica e la frenosi puerperale. La grande importanza attribuita alla sfera domestica e familiare per le donne, l'importanza della realizzazione familiare matrimoniale, lo spirito di sacrificio femminile per la famiglia, il disonore della maternità illegittima come fonte di disturbo psichico sono temi in parte già incontrati. Ciò che vorrei sottolineare adesso è la pervasività del discorso attinente alle questioni della maternità. T.A., accusata di infanticidio, non aveva ricevuto un'educazione domestica e materna adeguata perché sua madre aveva essa stessa sofferto di malattia mentale ed era stata internata quando lei era ancora troppo piccola. Per questo non soltanto la sua educazione, ma anche i suoi istinti materni risultavano sconvolti, in una spirale ereditaria positivista in cui la colpa della madre ricadeva sulla figlia. Il direttore del manicomio di Novara rintracciava nella mancanza di *affettività*, ovviamente trasmessa dalla madre al feto e poi al bambino durante l'educazione, una delle principali cause di degenerazione morale predisponente alla pazzia. Le "obbrobriose femmine contaminate da una vita spudorata ed oscena", che continuavano a vivere nel vizio nonostante la gravidanza trasmettendo i geni immorali ai nascituri, erano pericolose. Analogamente erano dannose le madri anaffettive che anziché allattare i figli li lasciavano nelle mani di "persone prezzolate, rozze, e prive di gentili sentimenti amorosi", per poi abbandonarli "alla speciale ipotetica educazione delle persone di servizio" per partecipare agli inutili fasti della vita mondana<sup>19</sup>. I figli necessitavano perciò di buone madri e, allo stesso tempo, le buone madri esprimevano spesso la sofferenza per la perdita di un figlio attraverso il disagio psicologico. La malinconia materna poteva arrivare in seguito alla partenza dei figli per la leva, a un trasferimento lontano dalla casa paterna, a degli screzi familiari o, nel peggiore dei casi, per la loro morte. Rosalinda L. aveva dato segni di alienazione molte volte

<sup>18</sup> G. Fiume, *Nuovi modelli e nuove codificazioni*, cit., pp. 100-101.

<sup>19</sup> G. Todi, *Note statistiche del Manicomio provinciale di Novara*, cit., pp. 8 e 10.

prima di essere internata al San Niccolò nel 1880. Schedata come maniaca all'età di cinquant'anni, si era ritrovata a vivere da sola, oramai vedova, nella città di Livorno in seguito alla partenza dei figli, trasferitisi a Tunisi, e alla morte dell'anziana madre. Fu il figlio stesso, attraverso una lunga lettera indirizzata al dott. Angelo Lachi che gli aveva chiesto alcuni chiarimenti, a fornire un resoconto della malattia della madre:

Fino da anni addietro, a causa della morte di due mie sorelline, avvenuta un due giorni di distanza l'una dall'altra, mia madre cadde per un periodo di tempo (circa 6/7 mesi) in una specie d'*ipocondria nervosa*, non avendo potuto trovare in quella disgrazia sollievo nelle lagrime che le mancarono. Passò qualche mese di calma nel quale sembrava gradatamente guarire e quindi cadde invece in un altro stato d'animo poco dissimile dallo sragionamento, e mentre prima era restia a muoversi di casa, allora, nell'altro periodo non faceva che uscire e discorrere troppo e forse disgraziatamente sragionare<sup>20</sup>.

La perdita dei figli in tenera età era considerata un evento quasi alla stregua della normalità, la mortalità infantile era ancora molto alta all'epoca. Tuttavia, se la morte avveniva a causa di una distrazione materna, l'episodio assumeva contorni ben più inquietanti, come nel caso di Clementina D.G.P. in P., bracciante sessantenne la quale soffriva di convulsioni epilettiche di carattere psicosomatico da molto tempo, cominciate in seguito ad un episodio preciso:

Soffre di convulsioni epilettiche da 14 anni ed insorsero in seguito ad una vivissima emozione provata per aver trovato abbruciato un suo figlioletto, che un giorno aveva lasciato vicino al fuoco mentre era andata ad attendere ai lavori dei campi. [...] Ricorda benissimo la ragione per la quale incorsero gli accessi epilettici ed anche ora che è passato tempo si commuove e piange al ricordo della sciagura che la colpì. Dimostra una viva affezione ai figli e se si è decisa a lasciarli e venire nel Manicomio, è stata mossa dal convincimento che guarendo potrà essere a loro sempre più utile<sup>21</sup>.

Se la perdita dei figli e la loro lontananza poteva esprimersi nei termini di uno stato maniaco e depressivo, caricato dalle angosce per la perdita affettiva e per il proprio fallimento nel ruolo materno, si nota un interesse crescente della classe medica nei confronti di una malattia specifica, quella che maggiormente aveva a che fare con la funzione riproduttiva e materna delle pazienti, la frenosi puerperale. Già presente nella nosografia adottata con uniformità dalla classe psichiatrica italiana, non sembrò riscuote-

<sup>20</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 284, Rosalinda L., 1880, b. 299.

<sup>21</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1359, Clementina D.G.P. in P., 1889, b. 307.

re grandi consensi nel manicomio senese proprio fino all'episodio sopra narrato. Una grande quantità di studi ha sottolineato come fosse l'isteria<sup>22</sup>, malattia proteiforme e indefinita, a raccogliere il primato di malattia femminile ottocentesca per eccellenza. In una categoria così labile infatti, che collegava ancora una volta i malesseri femminili agli organi riproduttivi, poterono essere ricompresi una varietà di sintomi che significavano, agli occhi dei medici e della società, un'espressione di debolezza di spirito e di corpo, di scomposto erotismo femminile, con la sua richiesta di attenzione, di trasgressione ai valori di compostezza richiesti alle donne. Esse risultavano così tutte possibili ammalate di nervi e l'isteria divenne l'espressione, o il riconoscimento principale, del presunto disagio psichico femminile<sup>23</sup>. Anche nel manicomio senese gli internamenti per isteria conobbero

<sup>22</sup> La letteratura sull'isteria e i modi in cui essa si esprime è sterminata. La malattia, studiata e teorizzata nella sua forma classica, o grande isteria, dal medico francese Charcot coi suoi studi al manicomio parigino femminile della Salpêtrière negli anni Settanta dell'Ottocento, ma già presente nella civiltà occidentale dall'epoca degli antichi greci che ad essa diedero il nome che ha il significato di "utero vagante", conobbe un vero e proprio periodo d'oro dalla seconda metà del XIX secolo ai primi anni del XX, mostrando tutta la storicità dell'elaborazione delle categorie della malattia mentale. Per un quadro di riferimento sulla storia della patologia rimando alla definizione contenuta in *Psiche: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, II, a cura di F. Barale, pp. 561-565. Per ciò che riguarda la ricerca in ambito italiano sul tema dell'isteria nell'Ottocento cfr. invece E. Fanferà, *Biografie femminili e isteria nell'Ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma*, a cura di F. Fedeli Bernardini, cit., pp. 185-201; sul manicomio romano; S. Cremonini, *Isteria e devianza femminile nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, a cura di A. Pavone, P. Sorcinelli, Milano, 1990, pp. 131-143, che analizza il fenomeno dell'isteria in termini di devianza sociale femminile; ancora i saggi contenuti in V.P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit.; A. Salsano, *L'archivio dell'isteria: la "Bibliothèque Diabolique"*, in *La follia, la norma, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Calzigna, Venezia, 1984, pp. 171-183; M.A. Trasforini, *L'isterica*, in *Diritto e rovescio*, a cura di T. Pitch, cit., pp. 257-273; le pagine ad essa dedicate da V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi* cit., pp. 149-170. Segnalo invece in ambito internazionale almeno M.S. Micale, *Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations*, Princeton, 1997 e il recente J. Goldstein, *Isteria complicata da estasi. Lo strano caso di Nanette Leroux*, Pisa, 2013 [2011]. L'isteria è stata anche tradizionalmente riconosciuta come esempio magistrale di elaborazione storicizzata e situata dei modelli psichiatrici, in quanto malattia che conobbe un apogeo nella seconda metà del XIX secolo per poi scomparire nel corso dei primi anni del successivo. Cfr. E. Shorter, *Psicosomatica: storia dei sintomi e della patologie dall'Ottocento a oggi*, Milano, 1993 [1992].

<sup>23</sup> Nell'utilizzare questa differenziazione fra "espressione" o "riconoscimento" della malattia mentale mi riferisco al dibattito interno alla storiografia femminista che ha visto alternativamente l'isteria ottocentesca come espressione dell'ancora inconscia protesta femminista dell'epoca, unico mezzo di espressione del proprio rifiuto delle regole imposte dalla società patriarcale dell'epoca, e al tempo stesso come categoria nosografica, coniata dalla classe medica e accettata dalla società, nella quale si incasellava la ribellione psicologicamente espressa dalle donne. Sulla questa contraddizione ha riflettuto la sociologa Joan Busfield,

un'*escalation* notevole nel corso degli anni Ottanta<sup>24</sup>, fino a raggiungere una considerevole percentuale delle internate sul finire del decennio e a coinvolgere due uomini. Non è però rilevabile dalle cartelle cliniche una connotazione tipica del personaggio dell'"isterica": diverse di esse erano effettivamente donne nubili e in giovane età, tradizionalmente un *cliché* dell'isteria<sup>25</sup>, altre tuttavia erano coniugate e in età anche abbastanza attardata e mostravano una varietà di situazioni familiari, economiche, nonché di sintomi, in base ai quali non risultano elementi di risalto sugli altri se non l'irritabilità e la saltuaria presenza di convulsioni di natura isterica. Vi erano casi in cui la malattia veniva effettivamente associata ad una irregolarità del ciclo mestruale o a una malattia corporea, ma non sono in maggioranza. I sintomi di isteria erano accomunabili a quelli di altre categorie nosografiche, in particolare di mania e lipemania: stati di esaltamento nervoso a cui seguivano momenti di quiete, allucinazioni acustiche, irascibilità e melanconia alternate, perversione dei sentimenti affettivi o religiosi. Un generico e imprecisato "isterismo" poteva comparire anche come concausa di manie e monomanie. Non soltanto, ma con l'acquisizione di un maggior rilievo e attenzione dell'ereditarietà della malattia, nella storia di alcuni pazienti, uomini e donne, compare piuttosto frequentemente l'accento all'"isterismo" della madre. Essendo le notizie familiari dedotte da medici condotti, ospedalieri, autorità di pubblica sicurezza, parenti o conoscenti ciò fa presupporre che il termine fosse entrato in circolazione nel linguaggio comune anche oltre le effettive diagnosi di isteria all'interno del manicomio, confermando la natura pervadente e al tempo stesso sfuggente del fenomeno.

Se l'isteria era una forma frenopatica che colpiva molte donne e ne minava la giusta interpretazione del ruolo femminile, la centralità della donna in quanto corpo riproduttivo si esprimeva piuttosto nella frenosi puerperale, che rappresentava il culmine di un processo da una parte di esaltazione del ruolo femminile in chiave principalmente materna, dall'altra di rifiuto, sebbene inconsapevole e incolpevole, di tale attribuzione. Come poteva infatti

sottolineando come da un lato la letteratura femminista abbia avallato l'idea che l'oppressione femminile sia stata causa, per le donne, di malattia mentale, dall'altro non abbia esitato ad additare l'etichettatura delle donne in quanto malate mentali come evidenza del potere patriarcale della classe medica. Cfr. in particolare J. Busfield, *Mental Illness as Social Product or Social Construct*, cit.

<sup>24</sup> Rispettivamente nel 1880, 1883, 1886 e 1889 le internate per isteria furono 6, 10, 12 e 19, a cui si aggiunsero 2 uomini nel 1889.

<sup>25</sup> Vinzia Fiorino, ad esempio, descrive le malate di isteria internate negli stessi anni presso il manicomio romano come generalmente accomunate da alcuni connotati: giovane età, nubilito, lavoro come domestica da poco arrivata in città dalla campagna, abitante presso i datori di lavoro. V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi* cit., p. 167.

combinarsi la naturalità del sentimento materno a tanti problemi di natura psichica che potevano portare, nei casi peggiori, al rifiuto della prole?

A Siena non si hanno tracce di ricoverate con questa diagnosi prima del 1882. Il puerperio, ossia il tempo che intercorre fra il parto e il ritorno alla normalità degli organi genitali femminili<sup>26</sup>, era una condizione particolare delle donne riconosciuta fin dal XIV secolo, della durata di circa quaranta giorni e tradizionalmente considerato un periodo estremamente critico nella vita di una donna. Ma gli studiosi delle psicopatologie furono i primi a descrivere con accuratezza le disfunzioni relative alla gravidanza e al puerperio, a partire da Esquirol. Venne così teorizzata la frenosi o mania puerperale, una categoria piuttosto generale che ricomprendeva forme deliranti di donne gravide, di puerpere o nutrici, disturbi legati alla sfera riproduttiva femminile, che comparivano solitamente dai sette ai dieci giorni dopo il parto, la cui causa era incerta ma legata al parto e all'allattamento, due condizioni che sospendevano la mestruazione, e soprattutto alla connessione fra lo stato dell'utero e il cervello. Gravidanza e mania erano percepite in stretta connessione e ancora di più lo erano parto e follia, anche se la causa organica sfuggiva ancora ai medici<sup>27</sup>. Di fatto, il parto andò connotandosi sempre più come una possibile situazione di pericolo<sup>28</sup>. L'interesse crescente nei confronti di questo tipo di patologia nel manicomio senese rappresenta probabilmente uno dei migliori esempi del processo di patologizzazione e medicalizzazione della gravidanza e di gestione dell'infanzia nelle quali anche la psichiatria reclamò il proprio ruolo. L'attenzione alla funzione riproduttiva delle donne era infatti riservata, in ambito popolare, a tutta la schiera della comunità femminile che circondava la gestante, partoriente, madre. Gravidanza, parto e puerperio erano accompagnati da una serie di credenze, ritualità, operazioni che affondavano le proprie origini nella tradizione e che dimostrano quanto valore si attribuisse a queste fasi della vita di una donna. E i riti scaramantici accompagnavano soprattutto il parto e il puerperio, considerati momenti della vita di madre e neonato

<sup>26</sup> La definizione è ripresa da G. Devoto, G.C. Oli, *Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*, Le Monnier, 2008.

<sup>27</sup> G. Fiume, "Madri snaturate", cit., 87-99. Lo shock del parto rappresenta infatti un momento di alta tensione e già i dolori di questo possono essere fonte di disordine intellettuale.

<sup>28</sup> Cfr. in proposito il saggio di H. Marland, *Maternity and Madness: Puerperal Insanity in the Nineteenth Century*, Coventry, 2003. Un altro buon esempio di studio, che prende in considerazione l'emergere della *puerperal insanity* ottocentesca nel contesto statunitense, è il saggio di N. Theriot, *Diagnosing Unnatural Motherhood. Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity'*, in "American Studies", 30 (1989), pp. 69-88, che ricostruisce le caratteristiche della patologia, considera il punto di vista e il coinvolgimento della prassi medica nella diagnosi, ma sottolinea anche gli elementi culturali e il *background* che emergono dalle storie delle pazienti cercando di cogliere il loro punto di vista.

fortemente a rischio. Non a caso un famoso detto popolare sosteneva che “per quaranta giorni la donna che ha partorito ha la sepoltura aperta”, in quanto essere impuro, debole, possibilmente soggetto alla stregoneria, che doveva riguardarsi e prepararsi al rito della purificazione, la prima uscita pubblica dopo il parto<sup>29</sup>. A poco a poco, le stranezze in cui incorrevano le puerpere, furono affidate alle cure dei medici e si aprì per queste donne la strada dell'internamento manicomiale e della separazione dal neonato come miglior soluzione per l'incolumità di entrambi.

Di solito, la narrazione dell'anamnesi delle pazienti ricoverate cominciava con l'elogio delle qualità che queste donne, tutte coniugate, possedevano prima di essere colpite dai segni dell'instabilità mentale. Annunziata C. era “robusta, intelligente, buona massaia, lavoratrice instancabile. Ebbe una sorella che fu reclusa al manicomio”. Autilia S. in T. “robusta, buona, intelligente, costumata, stette bene fino a che non ebbe partorito”<sup>30</sup>. Queste pazienti erano accomunate, oltre che dall'età piuttosto giovane, dalla provenienza da zone rurali e dalla professione di contadine, braccianti o colone, per le quali risulta evidente l'apprezzamento e la necessità di doti come la robustezza fisica, la buona attitudine al lavoro di massaia e nei campi, la resistenza, indispensabili per garantire la sopravvivenza del nucleo familiare<sup>31</sup>. Tali doti, alternate al compito di garantire una prole, venivano meno talvolta proprio al momento del parto, rompendo l'ordine di famiglie spesso estese e in cui i compiti erano rigidamente distribuiti.

Laura P. in R., colona ventiquattrenne, venne ricoverata pochi mesi dopo aver partorito il suo secondo figlio.

Ha avuto due figli e l'ultimo che allattava da sé ha 9 mesi. Il giorno 14 di questo mese, dopo aver mietuto per circa quindici giorni, ad un tratto cominciò a gridare che era dannata, che il padrone la voleva mandare via dal podere, temeva che i suoi bambini si fossero affogati e diceva che si voleva ammazzare. Si è poi rifiutata di allattare il suo bambino dicendo che non era il suo. [...] La memoria ha un po' sofferto, tanto per i fatti remoti che recenti: non ci sa dire quanti anni ha e della sua attuale malattia ne ha un'idea molto sbiadita e confusa. Ella ci racconta che le cominciò con una fissazione, per cui credeva di essere stata vittima di una malia, credeva poi che i suoi bambini andassero ad affogarsi e

<sup>29</sup> Sull'argomento e in particolare sulla raccolta delle usanze che erano riservate alla gravidanza, al parto e al puerperio nella cultura popolare ottocentesca in Italia cfr. C. Pancino, *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Milano, 1984, pp. 181-205.

<sup>30</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1386, Annunziata C. e nosografia 1424, Autilia S. in T., 1889, b. 307.

<sup>31</sup> Come sottolinea Anna Bravo, le contadine venivano descritte nelle inchieste di metà Ottocento come vere e proprie “bestie da soma”, impegnate in un'attività elastica e multiforme enormemente faticosa. A. Bravo, *La Nuova Italia*, cit., pp. 156-162.

non poteva rattenersi dal gridare. Oltre a ciò le sopraggiunse il sospetto che molte persone la sfuggissero e le volessero male, onde smarrita non sa quello che fece e come abbia passato questi ultimi giorni dinnanzi alla sua reclusione. I sentimenti affettivi sembrano un po' sopiti e dice che non le importa nulla di tornare a casa<sup>32</sup>.

Annunziata C. entrò al San Niccolò a 33 anni e all'epoca aveva già una lunga storia di madre alle spalle. Si scriveva infatti di lei: "ha per sei volte partorito normalmente, nel Marzo decorso dopo avere allattato per 23 mesi una bambina partorì. Il bambino morì in 8<sup>a</sup> giornata. Da questo momento si fece triste, melanconica e cominciò a dire che era dannata; divenne sitofoba e mostrò tendenza al suicidio"<sup>33</sup>. Le gravidanze continue e l'allattamento prolungato avevano prostrato il suo stato fisico, fino a che l'ultima delle sue faticose gestazioni si concluse purtroppo con la morte del figlio, cosa affatto infrequente per l'epoca. Così, "dalla morte dell'ultimo figlio assicura che perse la tranquillità, esausta dall'allattamento prolungato di 23 mesi e dal parto successivo, tale dispiacere le fece dar volta al cervello"<sup>34</sup>.

Allo stesso modo, Isola S. in R., sarta coniugata di trentasette anni e povera:

nell'ultima gravidanza, al 7° mese, cominciò a dar segni d'alienazione mentale e dopo partorito crebbero i fenomeni che dapprima aveva mostrato. L'allattamento e il poco sostentamento furono forse la causa della malattia attuale. Ha mostrato continua tendenza al suicidio e all'omicidio ed è stata sempre in preda a panofobia e delirio di persecuzione<sup>35</sup>.

La lotta contro il fenomeno del baliatico, diffusissimo anche nelle campagne, dove le balie venivano reclutate in maggioranza, e la valorizzazione dell'allattamento materno furono elementi cardine della propaganda a favore della privatizzazione della maternità durante tutta la seconda metà del XIX secolo<sup>36</sup>. Di fatto però, l'usanza si mantenne largamente in uso e le contadine povere, oberate di lavoro e prostrate dalla scarsa nutrizione, venivano stremate da questo compito di lunga durata, finendo per fornire ai propri figli un alimento con scarse proprietà nutritive<sup>37</sup>.

<sup>32</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1403, Laura P. in R, 1889, b. 307.

<sup>33</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1386, Annunziata C., 1889, b. 307.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1355, Isola S. in R., 1889, b. 307.

<sup>36</sup> Se nel corso del XVIII secolo il baliatico fu un fenomeno essenzialmente appannaggio dell'aristocrazia, finì per diffondersi all'inizio del XIX anche fra le classi medie e quelle operaie che reclutavano le balie soprattutto nelle campagne. G. Fiume, *Nuovi modelli e nuove codificazioni*, cit., pp. 86-98.

<sup>37</sup> A. Bravo, *La Nuova Italia*, cit., pp. 156-160.



Anche Autilia infatti, dopo aver sofferto di una emorragia *post partum*:

divenuta anemica e sempre più debole per aver anche voluto compiere l'allattamento cominciò verso la metà di Luglio a dare in furie, far discorsi strani, gridare continuamente, gettarsi per terra e orinare addosso a chi erale vicino. Convivendo colla suocera e non in troppo buona armonia, quando verso la metà di Luglio le fu tolta la bambina credette che per odio le si volesse rapire la bambina e anche questo fu causa che peggiorasse sempre più<sup>38</sup>.

Il suo sogno di maternità vissuta appieno anche dal punto di vista affettivo si scontrò con la realtà di una gestione familiare e dell'infanzia tipica delle famiglie contadine allargate, dove la donna più anziana aveva il monopolio dell'educazione dei bambini e l'autorità sulle donne più giovani, che vivevano questa convivenza in maniera spesso conflittuale.

Assunta C. in S., a differenza delle donne di cui si è parlato in precedenza, era benestante e venne internata a venticinque anni nel quartiere delle signore come affetta da frenosi puerperale dal momento che i suoi problemi psichici, ricondotti ai "dissapori colla suocera", erano cominciati quattro anni prima dopo la nascita del suo secondo figlio. In realtà i medici non ravvisarono in lei particolari deficienze a livello mentale e il suo maggior cruccio riguardava proprio i cattivi rapporti con la suocera e il marito:

fissa nell'idea che sua suocera sia un vero serpente, afferma che non aveva pace né giorno né notte, e che quando non sapeva quello che fare rompeva la roba? perché sua suocera era una noiosa e aveva poca salute. [...] I sentimenti affettivi sono piuttosto deboli, e in modo franco e reciso assicura che ha una grandissima avversione per la suocera, che le interessa poco il suo marito, il quale ha certamente altre donne e che non le è rin cresciuto gran cosa ad abbandonare i figli<sup>39</sup>.

In Assunta il rifiuto della maternità era evidentemente legato all'avversione per un matrimonio infelice e una situazione familiare che la vedeva stretta fra il controllo della suocera e la mancanza d'attenzione da parte del coniuge.

Sebbene la maggior parte delle donne che entravano come affette da frenosi puerperale si dichiarassero molto dispiaciute di essere state separate da figli e famiglia e desiderassero tornarvi al più presto, esistevano dei casi in cui la frenosi si esprimeva in un vero e proprio rifiuto della prole, come nel caso di Assunta<sup>40</sup>. In Camilla M., trentanovenne, bracciante e poverissima "i sentimenti affettivi sono sopiti e a parlarle del marito, del figlio

<sup>38</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1424, Autilia S. in T., 1889, b. 307

<sup>39</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, Assunta C. in S., nosografia 1396, 1889, b. 307.

<sup>40</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1396, Assunta C. in S., 1889, b. 307.

e dei parenti, è lo stesso che ragionarle di cose che non la riguardano, né l'interessano"<sup>41</sup>. Anche la giovane età e l'inesperienza potevano contribuire al vissuto traumatico del ruolo di madre, come nel caso di Argia R. in N., sposatasi giovanissima e internata a soli diciannove anni.

Quarantacinque giorni sono ebbe un parto prematuro al settimo mese, seguito da lieve emorragia e febbre puerperale. Impressionatasi del parto prematuro e delle conseguenze che erano sopraggiunte, era facilmente colpita da tremiti e da un grande sgomento di perdere del tutto la salute e si preoccupava di qualsiasi piccolezza che avveniva in sé. [...] Diventò triste e taciturna e quindi confessò che aveva desiderato di suicidarsi [...] della sua malattia attuale ci dice che dopo il parto ebbe principio e i primi fenomeni che le si manifestarono furono un senso di noia generale e l'avversione a vedere vicino a sé le persone, fossero state anche affettuose parenti e care amiche<sup>42</sup>.

Argia trascorse alcuni mesi presso il manicomio senese, sempre incurante della propria persona e indifferente a qualsiasi sentimento o stimolo. Ma c'è un episodio della sua degenza che vale la pena sottolineare. Dopo un paio di mesi di ricovero i medici annotarono:

Era un po' migliorata, si era fatta regolare nel contegno e nei suoi discorsi sebbene vi fosse ancora molta confusione e leggerezza, pure qualche risposta a tono la dava. Di più si era messa un po' a lavorare e nel lavoro riusciva discretamente. Giorni indietro però ha ricevuto la visita del marito e d'allora in poi oltre all'essere ritornata inquieta, intrattabile e scontrosa e inoperosa, manifesta un grande erotismo, cosa che per l'avanti non aveva mai estrinsecato<sup>43</sup>.

In lei non soltanto lo spirito materno era stato sopraffatto da quello di autoconservazione, imperdonabile per una neomamma, ma emergeva, cosa ancora più grave e involuzione del suo stato psico-fisico, un desiderio di sessualità che non poteva intaccare l'autocontrollo di una donna sposata e per giunta madre<sup>44</sup>.

<sup>41</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1349, Camilla M., 1889, b. 307.

<sup>42</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1365, Argia R. in S., 1889, b. 307.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

<sup>44</sup> Sulla considerazione dello stato di Argia sembra riflettersi esattamente la concezione della donna che gli studiosi dell'epoca avevano formulato e che viene riassunta dalle parole di Valeria Paola Babini: "riflettendo presumibilmente una concezione dicotomica del sentimento d'amore, in cui sessualità e affettività non si conciliano, le teorie dei nostri autori ci presentano una donna che è la materiale espressione di quella dicotomia: una donna che se è sesso non è sentimento – è il caso limite della prostituta – e se è sentimento non è sesso – ed è il caso della sposa; ma anche: se è sesso non è madre, se è madre non è sesso" (V.P. Babini, *Il lato femminile della criminalità*, in V.P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit., pp. 25-77, p. 28).

Nel complesso tuttavia, si tendeva a sottolineare come queste madri si mostrassero molto dispiaciute della loro situazione di internate e la lontananza dai figli e dalla famiglia era vissuta per lo più come un'esperienza aberrante, o comunque con un forte senso di dovere e responsabilità. È probabilmente Umiliana C. in T., dall'anamnesi alla morte all'interno del manicomio, a rappresentare il destino crudele di una madre a cui piuttosto e paradossalmente, non venne lasciata la possibilità di adempiere al proprio ruolo; un esempio magistrale di come in realtà la conformità avesse la meglio sul sentimento. Aveva quarant'anni oramai quando fu internata al manicomio senese e, come molte altre, viveva col lavoro bracciantile in condizioni miserabili. Dapprima fu ricoverata all'ospedale civile di Arezzo, dal quale fu poi trasferita a Siena.

Riguardo agli ultimi fatti commessi e che sono registrati nella modula informativa, ella non ne ha alcun ricordo e non sa darne alcuno schiarimento. Stando alle sue asserzioni il principio della malattia fu quasi subito dopo il parto, avvenuto il 30 novembre n.s. e i primi fenomeni che le si presentarono furono lo insonnio e un senso di costrizione alla gola. A questi primi disturbi ne tenne dietro la paura a star sola e l'idea di essere dannata. Poi a poco a poco cominciò a dire che aveva sempre il diavolo presso di sé e prese a sospettare di tutto e di tutti. Si aggiunse poi a questo il timore di avere il male della tenia e se questo sia frutto della sua immaginazione, oppure sia stato vero, almeno per ora non vi è dato assicurarlo. Adesso però afferma che sta molto meglio, non vede più ne sente il demonio, ed è discretamente tranquilla, premurosa soltanto di guarire per tornare ad essere utile alla sua famiglia, alla quale si protesta affezionatissima<sup>45</sup>.

Se si eccettua un lieve stato di depressione delle facoltà intellettuali e qualche idea di persecuzione, sembra che il problema principale che la riguardava fosse in realtà la sua mancanza di adattamento alla vita manicomiale. Si legge infatti più avanti nella cartella:

la T. non può adattarsi al vivere nel manicomio, dice che ad ogni modo vuole uscirne, tanto più che sa che il suo marito non sa nulla della sua reclusione e se lo sapesse sarebbe venuto certamente a riprenderla. È alla 2ª sala ma non vuol adattarsi al lavoro, appunto perché vuole andarsene; molesta coi suoi comportamenti durante la visita, si lagna continuamente senza che ne abbia ragione. Fisicamente sta abbastanza bene<sup>46</sup>.

La sua vita all'interno dell'istituto scorse fra le irregolarità che commetteva per non aver accettato il proprio destino di internata e, probabilmen-

<sup>45</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1341, Umiliana C. in T., 1889, b. 307.

<sup>46</sup> *Ibidem*.

te, l'abbandono in manicomio da parte della famiglia, finché cominciò ad esternare idee di suicidio, di disperazione, di stregoneria e persecuzione. Gli anni passarono e nel 1899, quando si trovava ancora nel manicomio senese, si annotava di lei: "sempre irrequieta perché non vien rimandata a casa sua, piange e s'irrita, ma poi torna buona e non arriva a commettere alcunché d'irregolare; è tutta afflitta per un'idiotina ammalata, che circonda di cure proprio materne"<sup>47</sup>. Le sue tracce si perdono all'epoca del suo trasferimento presso il nuovo manicomio aretino nel 1901.

La patologia della frenosi puerperale è stata accostata, sia nella letteratura dell'epoca, sia da studi successivi, fra cui quelli di Giovanna Fiume, alla particolare condizione delle ragazze nubili che subivano lo stigma di gravidanze illegittime e che non rientravano perciò in quel ruolo materno fortemente incasellato nella vita coniugale, o a quella di donne abbandonate dal marito. Si trattava di "madri snaturate" descritte con aberrazione dalla letteratura scientifica ottocentesca e in cui si ravvisava una malattia sociale, un'"anomalia della maternità"<sup>48</sup>, fenomeno preoccupante a causa dell'aumento degli abbandoni. Nonostante lo sguardo dei medici del San Niccolò si fosse effettivamente posato sulla frenosi puerperale in seguito all'episodio della perizia psichiatrica sull'infanticida, rivelando il carattere giudicatorio e normativo del comportamento femminile intrinseco al riconoscimento di una simile patologia, le madri internate in seguito appaiono nella generalità, più che "madri snaturate", madri esauste. Prostrate dal duro lavoro nei campi, dalla nutrizione scarsa e dal gran numero di gravidanze alle quali erano sottoposte fin dalla giovane età<sup>49</sup>, dalla convivenza forzata con altre donne. Era preclusa loro l'aspirazione a quel modello materno in cui il rapporto esclusivo fra madre e figlio, e fra coniugi, veniva

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> G. Fiume, "Madri snaturate", cit., p. 101. Per ciò che riguarda l'infanzia, la cura dei bambini e l'attenzione ottocentesca dedicata al feto e al neonato come nuova figura di cittadino rimando ai saggi di N.M. Filippini, *Il cittadino non nato e il corpo della madre*, cit., e di P. Guarnieri, *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, in "Contemporanea", 2 (2006), pp. 253-284, secondo cui l'infanzia non fu in realtà scoperta di bianco nel corso dell'Ottocento e l'Italia avrebbe in realtà una lunga tradizione di cura verso l'infanzia derelitta.

<sup>49</sup> Sebbene la transizione demografica fosse cominciata in Toscana, prima che altrove, già a partire dagli anni Ottanta dell'Ottocento e i livelli di natalità si fossero abbassati nel corso del secolo in tutto il paese, come si evince dai dati di Massimo Livi Bacci, le famiglie rimasero molto ampie. In Toscana, il livello di natalità era andato declinando dal 43,2% del 1820-24, ad un 33,7% del 1890-94. Il numero di figli legittimi per matrimonio si abbassò ugualmente, dal 5,64 di inizio secolo al 4,45 del 1890-94, per rimanere tuttavia sul 4,23 di fine secolo. Inoltre, nelle zone rurali il tasso di fecondità femminile rimase comunque molto alto rispetto a quello dei capoluoghi, dove aveva cominciato a diminuire già all'inizio del secolo. M. Livi Bacci, *Donna, fecondità e figli*, cit., per i dati numerici in particolare p. 41.

propagandato e raggiunto ancora una volta soltanto dalle donne delle classi più agiate, le quali, a loro volta, potevano non trovarsi sempre a proprio agio nell'imperativo culturalmente forzato della maternità biologica<sup>50</sup>. Lo stigma nei confronti delle ragazze nubili che concepivano un figlio e allo stesso tempo la scappatoia della deresponsabilizzazione dell'infanticidio sono in fin dei conti l'altra faccia della medaglia rispetto all'opprimente responsabilizzazione delle madri coniugate, quasi costrette ad un innaturale sentimento naturale.

### 3. Il naufragio delle potenze psichiche

Illustrissimo Sig. Direttore del Manicomio di Siena,  
Mi abbia per icusato, se ardisco presentarle questi brevissimi cenni sulla malattia del mio povero fratello.

T.A. proviene da genitori sani; e solamente la madre sua soffrì di Isterismo. I suoi fratelli sono di buona salute. Nessun demente – nessun'epilettico – nessuno delittuoso né nei parenti prossimi né nei collaterali.

Nel periodo degli ultimi sette anni, Tito presentò i seguenti fenomeni.

Dolori folgoranti veementi alle membra – formicolio alle dita – sensazione di stringimento al tronco – abolizione dei riflessi patellari – mancanza di restrizione di una pupilla – disturbi della deambulazione – diminuzione del senso muscolare – indebolimento e quasi cessazione delle funzioni sessuali.

Diagnosi

Atassia locomotrice progressiva, con consecutiva demenza paralitica (mania di grandezza).

Ecco la mia diagnosi che spero avere errata. Se sotto le sue sapienti cure il mio diletto fratello dovesse guarire, o per lo meno migliorare in modo da potere essere ricondotto a casa, riceverà le maggiori riconoscenze e da me e da tutti i parenti dell'infelice infermo.

La lettera supplichevole del fratello medico di Tito A<sup>51</sup> al Dott. Lachi descrive perfettamente, sia nella sintomatologia che nelle aspettative di vita, una malattia largamente diffusa nel corso dell'Ottocento fra quelle psichiatriche, la paralisi progressiva o frenosi paralitica, che privava di speranze di vita chi

<sup>50</sup> La situazione delle abitanti delle nostre campagne potrebbe essere paragonata a quella delle operaie inglesi sulle quali ha riflettuto Gisela Bock, che dovevano occuparsi di casa, figli e lavoro. "Per molto tempo anche quando il generale livello di vita era già migliorato, le operaie continuarono a parlare di gravidanze e di parti vissuti in circostanze catastrofiche, di esaurimento, di enormi sacrifici, di aborti spontanei o procurati e, spesso, anche di prolassi uterini in conseguenza della insufficiente assistenza prima e dopo il parto" (cfr. G. Bock, *Le donne nella storia d'Europa*, cit., p. 165).

<sup>51</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1809, Tito A., 1889, b. 13.

ne era affetto, causa principale della maggior incidenza della morte fra gli internati di sesso maschile e definita da Funaioli: “la forma di alienazione che estende ogni anno i suoi confini non risparmiando né il tugurio del povero né il palazzo del ricco”<sup>52</sup>. Non si sbagliava il direttore del manicomio ed è sufficiente, del resto, guardare i dati relativi agli entrati nel corso degli anni Ottanta per rendersi conto che, almeno per gli uomini, essa rappresentava una cospicua fetta dell'internamento. Dalle ricerche condotte su vari campioni di pazienti in un periodo molto esteso uscirono anche dal manicomio senese due interessanti pubblicazioni, una scritta dal dott. Maiorfi e pubblicata a puntate sulla Cronaca del Manicomio a partire dal 1883, dal titolo *La paralisi progressiva nella donna* e l'altra, una delle opere principali di Funaioli, *Sulla paralisi progressiva. Studio statistico-clinico*, ultimata e pubblicata nel 1898. Un vero e proprio “naufragio delle potenze psichiche”<sup>53</sup> quello della paralisi, preso in considerazione negli studi di molti illustri psichiatri nel corso del secolo per gli effetti deleteri e mortali che aveva su chi ne era vittima. Col tempo si abbandonò l'idea che fosse causata da una meningite cronica e si scoprì che la causa primigenia era una endo o peri-artrite di natura tossica o infettiva. Quale fosse l'infezione o l'intossicazione non era però affatto chiaro, così si riteneva che un generale abuso della vita, che spaziava dall'eccessivo lavoro intellettuale al consumo di alcol, ne fosse una concausa.

Ciò che saltava agli occhi di tutti era, oltre all'età media dai 30 ai 49 anni durante la quale si era soggetti alla paralisi, la grande incidenza con la quale essa colpiva gli uomini rispetto alle donne, in una proporzione di 3:1, e la mortalità dell'80,3% fra coloro che ne erano affetti<sup>54</sup>. Ma, mentre in precedenza si era portati a ritenere che il *lavoro intellettuale* fosse la causa principale della malattia, ciò venne smentito dai dati sui ricoverati senesi, anche se fra di loro la percentuale di benestanti o aventi il necessario risultava molto superiore rispetto alla media generale degli internati. Funaioli notò il peso che una città come Livorno apportava al numero dei ricoverati<sup>55</sup> e tale coincidenza venne rintracciata proprio in quelle che generalmente furono ritenute le cause della malattia:

<sup>52</sup> “Cronaca del Manicomio di Siena”, 1 (1883), p. 18.

<sup>53</sup> P. Funaioli, *Sulla paralisi progressiva. Studio statistico-clinico*, Siena, 1898, p. 6. L'opera era uno studio condotto sul campione dei pazienti internati dal 1886 al 1897 presso il manicomio senese per frenosi paralitica, e che vide coinvolti nel decennio 1876-1885 il 12,6% degli uomini ricoverati e il 4,5% delle donne, mentre nel dodicennio 1886-1897 le percentuali scesero al 9,6% di uomini e 3,5% di donne, toccando un acme negli uomini negli anni 1888-89-90, con percentuali quasi del 15%.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

<sup>55</sup> Nel corso del dodicennio preso in considerazione nello studio provenivano da Siena 34 uomini e 14 donne, da Pisa 50 e 23, da Arezzo 15 e 6, da Grosseto 5 e 1, da diversi altri luoghi 19 e 5 e da Livorno 95 uomini e 23 donne (*ivi*, p. 20).

le città marittime e specialmente quelle che posseggono un porto assai fiorente, favoriscono il commercio, le industrie e portano un maggiore attrito sociale, un maggiore abuso di lavoro intellettuale che predispongono a questa psicopatia. Come pure in queste città sede di porto di mare altri abusi della vita, cioè degli alcolici, inducono modificazioni gravi del sistema nervoso centrale, le quali, dal semplice eccitamento passano poco a poco a fatti più gravi fino all'esaurimento. [...] [Livorno] ha molta popolazione avventizia, la quale abituata alle lunghe traversate, giunta a terra, trova nella ospitalità del continente gli elementi adatti al logoro delle sue forze fisiche, all'usura del suo sistema nervoso. Sono infatti le preoccupazioni per gli affari, gli attriti del commercio, le dissolutezze a cui si abbandona questa gente di mare [...] che traggono seco un eretismo nervoso, il quale reso spesso anche più pronunziato per l'abuso degli alcolici, conduce infine allo infralimento delle forze fisiche e morali, allo esaurimento del sistema nervoso<sup>56</sup>.

La gente di mare finiva poi per contagiare gli operai che lavoravano nelle industrie, i quali assumevano gli stessi costumi, così: "tanta iattura, a tale sconsolante risultato porta uno stato morboso, alla cui patogenesi ha tanta parte l'odierna civiltà colle sue emozioni, coll'attività psichica esagerata, colle sue aberrazioni dei sentimenti e del senso morale, coi suoi vizi, colle sue lusinghe spesso seguite pur troppo da una sequela di disinganni!"<sup>57</sup>.

Il motivo della modernità corruttrice era oramai onnipresente fra le concause delle malattie, così come nel discorso più generale della degenerazione della specie e in particolar modo del genere maschile<sup>58</sup>. Se le donne erano così poco ricettive a questa malattia era perché, come sottolineato per qualsiasi tipo di patologia, l'abuso della vita influiva meno su di esse "essendo il sesso femminile per la sua educazione morale, per la vita meno sociale, per le cure della famiglia a cui si dedica, meno esposto al vizio, ai bagordi, al lavoro mentale esagerato ecc."<sup>59</sup>.

L'abuso di alcol, indagato come uno dei nemici principali della mancanza di salute psico-fisica, nonché principale veicolo del vizio e della tabe ereditaria secondo la scuola antropologica lombrosiana, era all'epoca un fenomeno diffuso e preoccupante in Italia, tanto che la frenosi alcolica rappresentò una delle malattie per cui si ebbero il maggior numero di internamenti in quasi tutti i manicomi del Regno e un monopolio patologico quasi assoluto della scienza psichiatrica<sup>60</sup>. Nel manicomio senese, il cui bacino

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 19 e p. 20.

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 73.

<sup>58</sup> Cfr. S. Bellassai, *La mascolinità contemporanea*, cit., pp. 37-42.

<sup>59</sup> P. Funaioli, *Sulla paralisi progressiva*, cit., pp. 58-59.

<sup>60</sup> A partire dall'intuizione di M. Huss, medico svedese che alla metà del XIX secolo aveva coniato il termine alcolismo e definito l'alcolista come un malato, il problema dell'abuso divenne molto studiato. L'alcolismo conobbe in Italia una preoccupante diffusione a partire dagli anni Settanta dell'Ottocento, con il consumo di distillati che sostituirono il vino, i cui

d'utenza non aveva grandi agglomerati cittadini, gli internati per frenosi alcolica non raggiunsero mai, nel corso di questi anni, cifre elevate come altrove, ma andarono aumentando, e fra gli uomini furono un numero abbastanza cospicuo<sup>61</sup>. Non esisteva una connotazione di classe o professione fra i ricoverati, accomunati invece dall'alta recidività e dalla provenienza: la maggior parte di coloro che soffrivano di alcolismo viveva in effetti, almeno all'inizio degli anni Ottanta, a Livorno<sup>62</sup>. Tuttavia, nelle informazioni riguardo l'ereditarietà della malattia mentale, si nota una gran quantità di pazienti internati con una vera e propria genealogia di dedizione all'alcol. Padri e fratelli alcolisti o bevitori imperversavano quanto madri nevropatiche, eccentriche o isteriche fra le cause ereditarie di uomini e di donne. E l'ereditarietà per alcolismo veniva annoverata anche fra i motivi disponibili alla frenosi paralitica, oltre che come causa occasionale<sup>63</sup>.

Nella maggior parte dei casi però, la paralisi progressiva è una forma acuta di sifilide terziaria<sup>64</sup>. Funaioli, come gli studiosi a lui contemporanei,

prezzi erano lievitati dopo il flagello della crittogama. Cfr. E. Tognotti, *Alcolismo e pensiero medico nell'Italia liberale*, in *La vite e il vino. Storia e diritto (secoli XI-XIX)*, II, a cura di M. Da Passano, A. Mattone, F. Mele, P.F. Simbula, Roma, 2000, pp. 1237-1248. Sul caso milanese si è soffermato Alberto De Bernardi, che ha indagato le cause dell'alcolismo come risposta e supplemento alle carenze alimentari e allo sfaldamento della vita familiare delle classi operaie inurbate nella Milano della seconda metà dell'Ottocento in A. De Bernardi, *Pellagra e alcolismo*, cit., pp. 269-294. Anche Vinzia Fiorino assume la frenosi alcolica come malattia maschile simbolo della seconda metà dell'Ottocento e come fenomeno di costruzione di una nuova figura marginale, l'alcolista. Fra il 1880 e il 1903 una percentuale fra il 16% e il 20% degli uomini internati presso il manicomio romano entrava con una diagnosi di frenosi alcolica. V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 170-178.

<sup>61</sup> Vd. la tabella 1 in appendice.

<sup>62</sup> Nel 1880, fra le cartelle cliniche e i recidivi, su dieci uomini internati per frenosi alcolica, sette provenivano da Livorno, mentre nel 1889 la provenienza si fece più varia con sei livornesi su quattordici internati, il che indica una progressiva diffusione, o attenzione verso il problema, anche negli altri capoluoghi e nelle provincie. Fra le donne soltanto due entrano al San Niccolò per frenosi alcolica nel 1880, una aretina e una pisana, nel 1889 soltanto una proveniente da Grosseto.

<sup>63</sup> Effettivamente, diverse patologie riconosciute oggi conseguenza dell'alcolismo cronico hanno gli stessi sintomi della frenosi paralitica. La polineuropatia alcolica presenta disturbi sensitivi e motori agli arti inferiori e una riduzione della massa muscolare; la mielinosi pontina centrale porta alla paralisi degli arti, alla compromissione dell'apparato digerente, a convulsioni, tremori, disturbi psichici e stati confusionali, così come l'encefalopatia di Marchiafava-Bignami; l'atrofia cerebellare alcolica colpisce il cervelletto che subisce danni permanenti e si presenta con tremori, disturbi della marcia, della stazione eretta ecc. P.M. Furlan, R.L. Picci, *Alcol, alcolici, alcolismo*, Torino, 1990, pp. 262-270.

<sup>64</sup> Questa forma, comunemente denominata oggi neurosifilide è la manifestazione dell'attacco al sistema neurologico da parte del *treponema pallidum*, agente patogenico della sifilide, che può portare alla paralisi progressiva e che manifesta i suoi sintomi a distanza di diversi anni dalla contrazione dell'infezione primaria. G. Macchi, *Le malattie del sistema nervoso*, Padova, 2006, pp. 544-550.



non riteneva che essa fosse unica causa della malattia, poiché, stando alle dichiarazioni, non tutti i pazienti che erano stati internati avevano in precedenza sofferto di sifilide. Inoltre, non era ancora chiaro se essa agisse lasciando delle tossine nel cervello o se fosse una causa disponente perché debilitava il fisico. Forte dell'esperimento di un medico viennese il quale aveva inoculato il virus della sifilide in alcuni pazienti paralitici, nei quali erano successivamente comparse delle ulcere, e che quindi non avevano sofferto di sifilide in precedenza<sup>65</sup>, puntò sulla spiegazione per fattori ambientali ed ereditari, eludendo in sostanza il discorso sessuale maschile. Il Dott. Adriani, medico direttore del frenocomio perugino difendeva con più forza i piaceri di venere adducendo che vi furono tempi in cui:

la dissolutezza era sanzionata dalla comunanza delle abitudini, e tutte le attività morali si snervavano nelle voluttà: ebbene, vi era decadenza sociale, vi era servitù ma la paralisi ancora mancava.[...] Se l'abuso dei piaceri sensuali ne fosse veramente la causa specifica, quei lussuriosi orientali: che trascorrono tutta la vita negli harem, dovrebbero esserne infallantemente colpiti<sup>66</sup>.

La sifilide fu una malattia molto temuta nel corso del XIX secolo, una delle prime nei confronti della quale ci si mosse attraverso il *Regolamento sulla Prostituzione* del 1860 e che registrò un picco di mortalità a fine Ottocento. Ma il problema, appunto, venne inizialmente affrontato in termini di attacco non tanto al sesso mercenario, quanto alle prostitute ritenute le principali portatrici della malattia e tuttavia figure necessarie. Il tema dell'impulsività sessuale maschile ebbe un'importanza centrale nel discorso della separazione dei ruoli non meno della ragione. Se da un lato si abborriva profondamente il libertinaggio e si proibiva uno spazio per la sessualità femminile, si doveva prevedere un posto per quella maschile, come diversivo ad un'organizzazione familiare sempre più repressiva<sup>67</sup>. Solo sul finire del secolo, con il diffondersi dell'idea del fattore ereditario che si trasmetteva a mogli e figli neonati, il problema venne affrontato istituendo, in alternativa ai vecchi e infamanti sifilocomi, dei dispensari pubblici e dei reparti dermosifilitici all'interno degli ospedali. Anche così il silenzio intorno alle malattie veneree, soprattutto da parte delle classi medie e alte, rimase fitto<sup>68</sup>.

<sup>65</sup> All'epoca si credeva infatti che la sifilide potesse essere contratta soltanto una volta, cosa smentita dalle ricerche scientifiche successive.

<sup>66</sup> R. Adriani, *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia per gli anni 1874-1875-1876*, cit., pp. 76-77.

<sup>67</sup> Cfr. G. Gattei, *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, cit., pp. 738-798; per il discorso sull'impulsività sessuale maschile G. Bock, *Le donne nella storia europea*, cit., pp. 145-147.

<sup>68</sup> E. Tognotti, *L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'Aids (XV-XX sec.)*, Milano, 2006, pp. 163-190.

All'epoca in cui Funaioli scrisse il suo trattato la connessione fra sifilide e paralisi progressiva era già stata sostanzialmente individuata, ma nel 1883, quando Maiorfi si occupò di studiare un campione di cinquanta donne ricoverate per paralisi al San Niccolò, il nesso non era ancora scontato. Il medico si stupiva del fatto che fossero quasi tutte donne coniugate, la maggioranza delle quali era stata considerata costumata, e che una sola di esse avesse apertamente dichiarato di aver sofferto di sifilide. Ne concludeva che, se il lavoro intellettuale poteva essere scartato dalle cause della malattia femminile, dato l'analfabetismo di quasi tutte le pazienti, dovevano senz'altro essere i "patemi d'animo" a predisporre le donne, dal momento che esse vi cadevano facilmente, molto più di quanto l'educazione e l'istruzione fossero in grado di correggere "questo naturale difetto"<sup>69</sup>. La sifilide venne piuttosto considerata un effetto della malattia mentale dal momento che:

nei primi periodi della malattia i paralitici si fanno con facilità abusatori di tutto, e si veggono uomini e donne fino ad allora morigerati ed educatissimi, farsi adagio adagio arditi, loquaci sparlatori, bevitori, ricercatori di copula e di atti sessuali spesso anormali, nei quali non è raro il caso, che incappino nella infezione celtica<sup>70</sup>.

Se la maggioranza delle donne che ne veniva colpita rientrava nella fascia fra i 40 e i 50 anni, il motivo venne rintracciato ancora una volta nella coincidenza con la menopausa. Effettivamente, fra le donne ricoverate nel 1880 e nel 1889, nessuna dichiarò di aver sofferto di sifilide e solo una di queste ammetteva di essersi prostituita in giovane età. Negli altri casi si trattava con molta probabilità di donne contagiate dai mariti. Per le altre, i motivi adottati erano invariabilmente dispiaceri, patemi d'animo, dissesti domestici.

Sebbene il grande spettro di concause ambientali e morali fosse chiamato in causa in qualsiasi tipo di patologia mentale, togliendo alla sifilide un ruolo di prim'ordine nelle cause di paralisi, si negava esplicitamente che i costumi sessuali dei mariti, che non potevano essere del tutto biasimati, avessero una ricaduta tangibile sulla salute fisica e mentale delle mogli. Fra gli uomini paralitici, infatti, l'alcolismo e la sifilide erano quasi sempre annotati fra i trascorsi e le malattie precedenti. Così, l'abuso di Bacco e di Venere rientrano quasi sempre nella storia del malato.

Ecco ad esempio l'anamnesi di Alamanno A., impiegato pisano quarantasettenne.

<sup>69</sup> M. Maiorfi, *La paralisi progressiva nella donna*, in "Cronaca del Manicomio di Siena", 5 (1883), p. 103.

<sup>70</sup> *Ivi*, p. 105.

Suo padre morì demente. Sua madre è sempre stata debole di mente. Di buona indole morale non ha mai però dimostrato grande intelligenza. Ha sofferto la sifilide ed ha molto abusato di vino e liquori, nonché di donne. L'attuale malattia ha avuto origine da circa quattro mesi e cominciò ad essere meno pronto e meno esatto nel disimpegno del suo ufficio, si dimenticava facilmente delle cose e commetteva errori grossolani in tutti i generi. In questi ultimi tempi si era fatto tanto trascurato nella persona e non sapeva quello che faceva per cui le guardie, per impedire che desse di sé indecente spettacolo, lo arrestarono<sup>71</sup>.

Ma se i comportamenti sessuali extramatrimoniali erano giustificati, quelli smodati tradivano un'immagine dell'uomo che lo prevedeva misurato nella propria condotta, a maggior ragione perché questa sindrome colpiva una gran quantità di provenienti dalle classi medie e abbienti, potendo questi ultimi permettersi economicamente le dissolutezze alcoliche o sessuali. Si trattava di uomini nei quali il vizio, una categoria ampiamente ascrivibile al sesso maschile, aveva sopraffatto tutte le altre facoltà e che avevano tradito il genere maschile.

Giovanni P., marinaio dell'isola d'Elba, rappresentava tutto ciò che gli psichiatri aborrivano in un uomo.

Robusto, di cattiva indole, egoista, irascibile, manesco, di cattivi costumi. Da sei mesi dedito all'ubriachezza e al fumare eccessivo. Senza volontà di lavorare, vi si assoggetta quando il bisogno è urgente. Punto affettuoso per la moglie fino a spingerla a prostituirsi. Varie volte à [sic] avuto il mal Venereo e sembra anche la Sifilide. Da piccolo ebbe una sassata da sua madre. Da quattordici anni soffre di accessi epilettiformi, è eccessivamente libidinoso, ha tendenza al furto, tanto che fu licenziato da vari padroni. L'attuale malattia data dal 7mbre ed è andata accentuandosi progressivamente. Era inetto a lavorare, era smemorato, rideva ai rimproveri. Tornato a casa senza lavoro si dette sfrenatamente al coito, e si masturbò fino in presenza ai figli. In casa urlava, rompeva, era malproprio. Tentò il suicidio, minacciò di uccidere la moglie ed i figli. Si è gettato in mare, vestito, dicendo volere pescare molluschi. À ordinata la costruzione di un bastimento di & 12000. Esita nel parlare. La forza di contrazione muscolare è diminuita. Sensibilità dolorifica ottusa. Apatico, megalomane, à tendenza al furto, e si lascia guidare come un bambino. È voracissimo<sup>72</sup>.

Oltre ai comportamenti inaccettabili, erano la decadenza e la deformazione dei corpi dei malati di paralisi progressiva a sembrare quasi una punizione della natura. Si è molto insistito sull'importanza data al corpo nelle malattie delle donne, ma in questa patologia anche il corpo dell'uomo balza inevitabilmente all'attenzione. Dopo aver perso le facoltà intellettuali infatti,

<sup>71</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1772, Alamanno A., 1889, b. 12.

<sup>72</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1834, Giovanni P, 1889, b. 13.

si cominciava a mostrare un fisico debole, impotente ed emaciato, ben lontano dalle caratteristiche di benessere, armonia, bellezza dell'ideale del corpo maschile<sup>73</sup>. Un uomo non più adatto all'azione fisica, quindi spacciato. La descrizione di Celso P., estrapolata dal suo esame fisico e antropometrico riportato nel volume di Funaioli è una fra le tante:

l'ammalato è uomo di media statura, di colore terreo, poco nutrito, con masse muscolari scarse. Strabico, ha il cranio molto asimmetrico tanto che il diametro obliquo sinistro misura 150 mentre il destro 175 millimetri. [...] Asimmetria della faccia a scapito della parte sinistra, con leggera paresi parimente a sinistra. Pupille ambedue dilatate, poco reagenti alla luce. Tremito fibrillare della lingua e dell'orbicolare delle labbra. Tremito delle estremità superiori e più specialmente delle dita divaricate. I movimenti degli arti superiori sono normali. Stazione eretta su ambedue i piedi normale; su di un piede solo un po' vacillante a destra<sup>74</sup>.

Dopo questa sequela di sintomi mentalmente e fisicamente invalidanti, compresa la fase di "delirio ambizioso e fastoso", un colpo apoplettico riduceva spesso i pazienti all'immobilità assoluta e nel giro di un anno al massimo conduceva alla morte.

Ciò che rimaneva di fronte a cotanta miseria psico-fisica era qualcosa altrove non sperimentato dagli psichiatri, al punto che, come era costretto ad ammettere Funaioli: "il medico, per quanto fornito di estesa suppellettile di cognizioni cliniche ed anatomico-patologiche e di lunga pratica, rimane umiliato, costretto a riconoscere la sua impotenza"<sup>75</sup>. Una dichiarazione di sgomento e di impotenza che non si aveva di fronte al resto delle malattie psichiche e a cui tuttavia si poteva rispondere con un'ultima carta. La colpa di tanta indecenza non era infatti del genere maschile preso in toto, ma dei *germi della pazzia* annidati negli individui portatori della tabe ereditaria, che contribuivano alla degenerazione della specie: individui condannati, destinati a soccombere, uomini non degni di portare avanti il genere umano. Nel caso della frenosi paralitica era la prima volta, come fa notare Claude Quérel, che gli alienisti riuscivano a trovare realmente qualcosa nel cervello di un malato di mente, delle alterazioni anatomico-patologiche vere e proprie<sup>76</sup>, dovute appunto al *treponema pallidum*, eppure:

<sup>73</sup> George Mosse descrive il processo che portò alla codificazione dei canoni di bellezza maschile durante la seconda metà del Settecento e l'inizio dell'Ottocento. L'attenzione posta all'apparenza e all'aspetto fisico acquistarono grande rilevanza; i tratti fisici, l'igiene, la moderazione nei gesti divennero segno di salute fisica. Le donne, le quali conservavano una bellezza sensuale, erano escluse dai canoni di bellezza composta, atletica e ferma del corpo maschile. Cfr. G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo*, cit., pp. 25 sgg.

<sup>74</sup> P. Funaioli, *Sulla paralisi progressiva*, cit., pp. 126-127.

<sup>75</sup> *Ivi*, p. 231.

<sup>76</sup> C. Quérel, *Il mal francese*, Milano, 1993, [1986], pp. 335, p. 178.

chi non sa che i patemi d'animo, l'eccessivo lavoro intellettuale e nervoso, gli abusi in genere portano facilmente oltre un disordine idraulico, gravi modificazioni nei processi di assimilazione e di nutrizione organica, favorendo lo sviluppo di prodotti tossici, i quali accumulandosi nel siero del sangue circolante possono provocare direttamente alterazioni dell'intima dei vasi?<sup>77</sup>

E, cosa ancora più importante, date le stimmate degenerative antropologiche rinvenute in più del 60% dei pazienti affetti da frenosi paralitica, non si poteva in fin dai conti ammettere che essa fosse una di quelle forme patologiche di degenerazione della specie? Asimmetria di cranio e faccia, apofisi lemuriene, fronte sfuggente, strabismo, anomala inserzione delle orecchie, depressione del cranio, sopracciglia folte e sporgenti erano frequenti ma al pari che negli altri malati. I soggetti così predisposti a una qualsiasi forma di follia, una volta incontrata la situazione giusta, ossia la vita delle moderne città, potevano, anche se in maniera non proprio deterministica, ammalarsi<sup>78</sup>. Perciò, si giudicavano e vedevano di cattivo occhio i comportamenti maschili che portavano all'indebolimento del genere, ascrivendoli però in parte a una tabe biologica, in parte a un generico contesto sociale corrotto che vedeva la presenza di entrambi i generi.

<sup>77</sup> P. Funaioli, *Sulla paralisi progressiva*, cit., p. 231.

<sup>78</sup> *Ivi*, pp. 214-215.



## Capitolo 4

# Fantasie e possessioni di genere

### 1. Possedere

Scipio Sighele, allievo di Lombroso, nei suoi scritti dei primi anni del Novecento, riassumeva con una frase davvero incisiva e con poche parole quali fossero, secondo la sua visione, gli scopi principali della componente maschile all'interno della società: "L'amore e l'ambizione non hanno altro scopo: possedere una donna, conquistare una moltitudine"<sup>1</sup>. Questa conclusione ha molto a che vedere con gli argomenti principali della follia dei pazienti senesi per ciò che riguarda quelli che dai medici erano riconosciuti come deliri, allucinazioni di vista e di udito, ma che rappresentavano in fin dei conti anche i desideri, i sogni, le paure, gli incubi dei malati; probabilmente ciò che più è rappresentativo dell'auto-percezione della propria malattia, della sofferenza e del modo in cui essa veniva idealizzata ed elaborata.

Possedere ed essere posseduti rappresentano due facce della stessa medaglia: si brama, si sogna, ci si convince di possedere nel delirio maniacale e depressivo o, al contrario, si crede di essere posseduti quando non ci si sente più padroni delle proprie facoltà, quando il proprio io sembra arrendersi a forze esterne alle quali non si può resistere.

Dal punto di vista delle reali o presunte relazioni di genere fra uomini e donne nelle narrazioni dei pazienti, la possessione<sup>2</sup> rappresenta una

<sup>1</sup> Cit. in D. Palano, *Il potere della moltitudine. L'invenzione dell'inconscio collettivo nella teoria politica e nelle scienze sociali italiane tra Otto e Novecento*, Milano, 2002, p. 509.

<sup>2</sup> Utilizzo qui il termine possessione nelle sue diverse sfumature: quella di attuazione o sussistenza di un rapporto di possesso, ossia il potere effettivo connesso alla disponibili-

categoria in cui l'uomo risulta possessore, mentre la donna è solitamente posseduta. Di quanto fosse importante possedere una donna nella vita di un uomo mi sono occupata nei capitoli precedenti e, specularmente, si può dire per le ragazze, il cui desiderio di essere possedute dal proprio fidanzato/amante si trasforma in alcuni casi in un'idea fissa. Lo stesso vale per la possessione interpretata da un punto di vista della proprietà materiale o del potere, tema assai ricorrente nei racconti maschili.

Se ci spostiamo sul terreno delle forme di delirio dei pazienti, etichettate dagli psichiatri con le definizioni di "ambizioso" o "fastoso", presente come forma sintomatica soprattutto nella paralisi progressiva e nella mania – ma talora rintracciata anche nei casi di lipemania, epilessia, isteria, frenosi puerperale, demenza – si può confermare quali fossero i desideri e le aspirazioni recondite da parte di uomini e donne per la loro vita. Questi riflettevano in gran parte, formando in un certo senso una contro-idea di ciò che invece nella realtà di molti aveva costituito un fallimento, elementi fortemente plasmati da modelli di conformità, realizzazione e successo legati ai valori della società dell'epoca e con delle differenze di *gender* marcate e tematicamente isolabili.

La possessione, intesa nel senso classico di possessione diabolica o da parte di spiriti, rimane invece un tema caro alla pazzia di età moderna e ottocentesca: il delirio religioso e la possessione diabolica sono infatti i più comuni fra i pazienti. L'elemento di affinità fra il diavolo e la malattia, soprattutto mentale, è antichissimo e costante nella tradizione della Chiesa cristiana<sup>3</sup> e la religione rappresentava un orizzonte devozionale e culturale molto importante della vita di persone e comunità in gran parte non ancora intaccate dal processo di "scristianizzazione" che coinvolse il mondo occidentale nel corso del XVIII e XIX secolo, grazie alla fissità della tradizione rituale contadina<sup>4</sup>.

Dopo il XVI secolo cessò in Europa la grande ondata persecutoria nei confronti di indemoniati e streghe e i primi segnali di scetticismo si manifestarono all'interno della Chiesa stessa. Già nel 1603, il teologo francese Thyrée, nella sua opera *Demoniaci*, attribuì una gran quantità di sospetti

tà di un bene, quella di proprietà di un bene e quella, più frequente nell'uso comune, di possessione diabolica o di spiriti in ambito religioso. Cfr. G. Devoto, G.C. Oli, *Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*, Firenze, 2008.

<sup>3</sup> P.E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, cit., pp. 167-183. Nelle narrazioni dei miracoli compiuti da Cristo per liberare gli indemoniati del Nuovo Testamento ogni caso di possessione è legato infatti a un'infermità, di tipo fisico e mentale, in un intreccio fra male fisico e morale. G. Minois, *Piccola storia del diavolo*, Bologna, 1999 [1998], pp. 28-29.

<sup>4</sup> J.B. Russel, *Il diavolo nel mondo moderno*, Roma-Bari, 1988 [1986], pp. 107.



casi di indemoniamento a malattia mentale e condizioni nevrotiche, stati ossessivi, sebbene i sospettati avessero confessato le proprie colpe. Fu l'inizio di un nuovo corso, che avrebbe portato gli studiosi e la stessa Chiesa cattolica a sospettare della veridicità dei casi di possessione diabolica. In Italia la lunga tradizione di governo, gestione e cura della follia da parte delle confraternite cattoliche che si occuparono degli ospedali per pazzi fin dalla loro comparsa in epoca moderna, aveva precocemente dato luogo a una commistione di competenze e lasciato sul terreno retaggi sia nell'immaginario collettivo che nelle esperienze sanitarie. Anche in quel contesto, infatti, si affiancava la consulenza e l'azione di esorcisti a un precoce intervento medico<sup>5</sup>. A partire dal Settecento e più compiutamente nel corso dell'Ottocento, medici e psichiatri contribuirono a isolare il maligno e la possessione diabolica, con le manifestazioni deliranti e convulsionarie ad essa correlate, come precisi sintomi di disturbo mentale<sup>6</sup>, nonché come manifestazioni di assoluta involontarietà dell'azione del soggetto; non più una questione di colpa o errore quindi, ma di perdita del controllo e disgregazione del proprio io, che rendeva perfettamente ascrivibili nel novero della pazzia la fissazione e le convulsioni della possessione diabolica.

I desideri positivi, le paure e i deliri espressi dai pazienti in termini di fantasticherie, persecuzione o possessione religiosa, risultano invece ancora popolati da una miscela di elementi di carattere prettamente religioso e culturale, riconducibili al mondo folklorico e popolare di religione cattolica<sup>7</sup>, distanziando la loro percezione e rappresentazione del malessere da quella della classe medica.

La religione e la religiosità non erano affatto escluse dall'ambito manicomiale: il personale religioso continuava a prestarvi opera, una cappella co-

<sup>5</sup> Cfr. su questo argomento L. Roscioni, *Il governo della follia*, cit., pp. 190 sgg.; Jan Goldstein sottolinea come anche in Francia, nel corso del XVII e XVIII secolo, alcune confraternite religiose si fossero specializzate nella cura dei folli allestendo numerosi appositi ospedali; soltanto la Rivoluzione, con la soppressione del clero regolare, interruppe bruscamente questa tradizione (J. Goldstein, *Console and Classify*, cit., pp. 197-210).

<sup>6</sup> J.B. Russel, *Il diavolo nel mondo moderno*, cit., pp. 193-194. Secondo Foucault, la gestione dei parossismi convulsionari venne volontariamente e precocemente passata alla medicina dalla Chiesa, che aveva contribuito attraverso un investimento religioso fortissimo sul corpo dei fedeli praticato con l'esautività della confessione, a generare i fenomeni di possessione come reazione a questo investimento totale. La psichiatria si impossessò delle manifestazioni convulsionarie degli indemoniati interpretandole non più come conseguenza della concupiscenza ma come automatismi involontari e anomali del sistema nervoso. Cfr. la *Lezione del 26 febbraio 1975*, in M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, 2000 [1976], pp. 179-205.

<sup>7</sup> Gli aspetti folklorici delle credenze popolari sono indagate da diversi studi antropologici dei vari contesti italiani a partire dalle celebri opere di Ernesto De Martino per il sud Italia; cfr. E. De Martino, *Il mondo magico*, Torino, 1948; Id., *Sud e magia*, Milano, 1976.

struita all'interno dell'edificio consentiva ai pazienti di partecipare alle funzioni religiose, ma il sentimento religioso restava uno dei parametri principali attraverso i quali veniva testata la sanità mentale dei pazienti nel corso dell'esame psichico ed è per questo che veniamo a conoscenza di tanti e tali particolari. Fede e manifestazioni religiose dovevano mostrarsi "sentite" ed "equilibrate", mai "assenti", tantomeno "pervertite", per essere considerate "normali". Era infatti consigliabile non cadere nell'esagerazione, sia nel rifiuto totale della fede, che nell'eccesso di zelo e vivere un sentimento religioso improntato sulla misura e sulla razionalità. All'estremo opposto di questa devozione composta si collocava invece il delirio religioso vero e proprio, segno inequivocabile di malattia per il medico, spiegazione principe della malattia per il paziente. Quello religioso è probabilmente il terreno dove con maggiore evidenza si mostra uno scontro/incontro tra culture, intese come sistemi simbolici, visioni del mondo, di cui il sistema di cura, con le sue credenze sulle cause della malattia, rappresenta un aspetto molto rilevante e in cui paziente e medico si trovano contrapposti in rappresentanza dei propri gruppi di appartenenza: famiglia, religione, classe sociale, società rurale da un lato e gruppo professionale accreditante dall'altro<sup>8</sup>. Le descrizioni fornite dai pazienti a proposito della propria malattia risultano opposte e al tempo stesso sincretiche rispetto all'arte medica, costituendo il campione più rappresentativo della percezione di sé, del proprio disagio, dei singoli pazienti e del modo in cui gli elementi culturali della medicina moderna e quelli popolari venissero personalmente rielaborati.

D'altra parte, tutte queste proiezioni dell'immaginario si rivelano ancora una volta una fonte fondamentale dal punto di vista delle relazioni di genere.

<sup>8</sup> "Le culture", come afferma Piero Coppo, "lavorano gli umani, ne sono lavorate" e "proprio perché esiste continuità e ridondanza, tra cultura e psiche (una collettiva, l'altra individuale) le azioni del gruppo incidono, determinandoli o risolvendoli, sui problemi della psiche individuale". Nei deliri religiosi, abbastanza standardizzati, è particolarmente evidente che "il conflitto di cui medico e ciarlatano sono i fantaccini è tra culture, ossia tra visioni del mondo, storie, prospettive, progetti. Se ciò è valido per la medicina in generale, lo è ancor più per le discipline della psiche, che lavorano in aree ampiamente immateriali, difficilmente misurabili, abitate da variabili infinite". La visione della malattia di cui terapeuta e paziente sono portatori in rappresentanza del proprio gruppo può essere completamente diversa oppure simile, ma mai coincidente. Cfr. P. Coppo, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, 2003, pp. 120-125. Cfr. anche il volume a carattere generale di G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, 1978 [1970]. Dell'argomento si è molto occupata Vinzia Fiorino nella sua riflessione sulle rappresentazioni della malattia mentale, dove precisa di utilizzare il termine rappresentazione in un'accezione specifica dove "essa investe i livelli più profondi della conoscenza, rivela la struttura intrinseca dei concetti, le mappe di base, gli orizzonti generali entro cui si esprimono i diversi modelli culturali" (V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 179-180).

## 2. Edmondo Napoleone Bonaparte Weys Di Savoia Cargnam Imperatore e Messia: la moltitudine

Il possesso maschile si estendeva facilmente dalla propria compagna agli ambiti lavorativo, economico e, nei rari casi in cui ciò poteva avvenire, del potere. La messa in discussione, o addirittura la perdita, di uno qualsiasi di questi elementi poteva costituire una concausa di follia e di internamento. Per gli stessi motivi, nelle fantasie e nei deliri degli uomini, l'auto-realizzazione coincideva quasi sempre con il dominio di uno o più settori menzionati, con una speciale predilezione per il denaro, le proprietà, le qualità, le posizioni lavorative di prestigio e i titoli nobiliari. Ognuno sognava di avere ciò di cui nella realtà non beneficiava.

Chi si trovava completamente privo di mezzi pecuniari desiderava di averne e chi conduceva una professione molto poco redditizia sognava di avere successo professionale. Pietro C. era un contadino molto povero ed ebbe dei problemi nel commercio rurale dei prodotti. Da allora, anche la sua malattia degenerativa cominciò con idee fastose, nelle quali sognava di diventare egli stesso padrone dei poteri nei quali prestava lavoro: “voleva comprare ville e poderi e ridurre a coltivazione molti terreni disboscati ecc. Inoltre diceva di esser ricco e di non aver bisogno di lavorare. [...] Diceva di essere il padrone del mondo”.<sup>9</sup> Il lavoro e la professione potevano del resto declinarsi anche in una realizzazione personale legata più o meno strettamente al denaro. Erano le doti straordinarie che i pazienti credevano di possedere a renderli ricercati e degni di considerazione e stima. Luigi P., ad esempio, esercitava il mestiere di barbiere e non era in condizioni miserabili come tanti altri pazienti che affollavano il manicomio eppure, durante il suo vaniloquio, raccontò ai medici che a lui “mille mestieri si offrivano e tutti erano benissimo remunerati, talché se avesse voluto avrebbe potuto fare una vita brillantissima perché i mezzi non gli difettavano davvero. Ora al suo uscire dal manicomio sa che lo aspettano per farlo generale dei pompieri”<sup>10</sup>.

La diagnosi di Giov. Batta L., esattore comunale presso il comune di Civitella in Val di Chiana e possidente risulta piuttosto emblematica.

Vi è delirio fastoso, che da prima sembra lieve, ma che si accentua mano mano che parla ed espone le sue qualità. Dice d'esser molto ricco e di aver potuto accrescere straordinariamente il proprio patrimonio; la sua casa è degna d'ospitare un principe, tanto è ricca specialmente di vini, dei quali possiede una collezione invidiabile. Ha tavole di un prezzo favoloso, possiede oggetti d'arme e arredi che non sfuggirebbero in una reggia. Egli è capace a tutto, lavora al

<sup>9</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 530, 1880, Pietro C., b. 4.

<sup>10</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1710, 1889, Luigi P., b. 12.

tornio, sa cavalcare, suonare e tutto ciò che gli salta in testa di fare, gli riesce a perfezione: vi è esagerazione del sentimento della personalità<sup>11</sup>.

Denaro e successo non esaurivano però l'orizzonte delirante dei pazienti. Edmondo M. era stato internato nel 1889 per frenosi paralitica e, come la maggior parte dei pazienti affetti da questa patologia, presentava fra i primi sintomi un delirio ambizioso smisurato che lo aveva portato, fra le altre cose, ad apporre come firma nella propria cartella clinica il titolo riportato nel paragrafo. È l'apoteosi dell'ambizione declinata in senso maschile: millantava titoli nobiliari, si identificava con Napoleone Bonaparte e si riteneva non soltanto imperatore in terra, ma perfino messia. Edmondo, commerciante ebreo livornese, era effettivamente benestante, ma le sue fantasie oltrepassavano di gran lunga la sua reale situazione economica e come egli stesso aveva dichiarato durante il suo esame psichico: "regala a tutti milioni e miliardi, sempre à [sic] progetti che presto assicura di mettere in esecuzione; vuol ridurre la Villa a palestra ginnastica insegnare a cavalcare e cacciare ai rettanti, è inventore di un sistema planetario, vende a caro prezzo le sue orine da cui i profumieri ricavano odori nuovi etc."<sup>12</sup>.

Celestino C. viveva a Livorno facendo saltuariamente il venditore di giornali, licenziato da qualsiasi posto di lavoro, fra cui anche l'ultimo, a causa della sua insubordinazione e del carattere irascibile, era certo di essere Principe di Sorrento, figlio adottivo di Vittorio Emanuele e affermava di aver sempre avuto voglia di lavorare e di aver fatto assiduamente il proprio dovere<sup>13</sup>.

Come si intuisce dalle fonti riportate, i desideri degli uomini si situavano in gran parte nell'esperienza terrena: sognavano di ottenere molto denaro, una professione ben retribuita, titoli nobiliari, successo, fama, doti nel saper padroneggiare qualsiasi attività, possedimenti. Ma anche nel campo iperbolico della fantasia e del delirio ambizioso la discendenza nobiliare e soprattutto reale, che li avvicinava alla dimensione divina e ultraterrena, si configurava sempre in maniera diretta: l'essere figlio di un re o nobile per sangue o, al limite, per adozione, cioè elezione. Nessuno di loro accennava a un connubio con ricche signore o al matrimonio con regine e nobildonne. Le donne, legate nella vita dei pazienti a racconti di amori delusi che trovavano un riscontro effettivo nella realtà, costituendo un fattore di frustrazione, risentimento, malinconia, spariscono dai sogni di gloria reconditi degli uomini. Ciò può essere interpretato, a mio avviso, come spia del fatto che per gli uomini l'impossibile fosse paradossalmente concepito come possibile per lo più sotto il profilo di una realizzazione nel mondo della contingenza,

<sup>11</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1744, 1889, Giov. Batta. L., b. 12.

<sup>12</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1825, Edmondo M., 1889, b. 13.

<sup>13</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1700, Celestino C., 1889, b. 12.

che lo fosse in maniera del tutto autonoma, senza la necessità di appoggiarsi ad alcuno, se non a una filiazione dinastica, e in una posizione di forte competitività con il resto del mondo maschile. Un mondo dove le donne non erano contemplate perché, in fin dei conti, il patrimonio femminile dell'umanità era percepito alla portata del dominio di qualsiasi uomo<sup>14</sup>.

C'è infatti un ulteriore aspetto, che appartiene soltanto ai pazienti uomini ricoverati al San Niccolò, relativo alla competizione della personalità maschile. Prima di giungere al delirio vero e proprio, considerato come espressione inequivocabile di follia, un riflesso involontario del tutto giustificato dagli psichiatri, erano i sentimenti esagerati della propria persona e le personalità eccentriche a costituire un indizio di sospetta malattia mentale. Una percezione del sé esaltata ed esagerata, che veniva spesso appuntata con una nota di fastidio dai medici, quasi sempre caratteristica di uomini di una certa cultura, provenienti da un ceto sociale più elevato rispetto alla media dei pazienti, la cui soggettività sembra entrare in collisione con quella delle figure maschili di medici e direttori. Nelle loro manie di grandezza troviamo qualcosa di più sottile e meno parossistico rispetto ai deliri veri e propri, che sfidava con mezzi intellettualmente più raffinati l'autorità e l'autorevolezza mediche. L'istituzione manicomiale stessa era chiaramente un luogo dove una mascolinità di tipo egemone come quella dei medici aveva il controllo su una vasta schiera di personale e di pazienti sia donne che uomini e il loro rapporto con questi ultimi, soprattutto se provenienti dalle classi medio-alte, si connotava come uno scontro fra individualità notevolmente più accentuato di quello con le pazienti donne<sup>15</sup>. Lo stesso Goffman ha sottolineato come l'esperienza della reclusione manicomiale

<sup>14</sup> Mi riferisco e appoggio in questa riflessione al concetto di "mascolinità egemone" elaborato dalla sociologa R.W. Connell, ovvero "la maschilità che occupa una posizione di egemonia in un dato modello di rapporti fra i generi, ossia una posizione continuamente contestabile. [...] Quella configurazione della prassi di genere che incarna la risposta, in quel dato momento accettata, al problema della legittimità del patriarcato, e che garantisce (o che si presuppone garantisca) la posizione dominante degli uomini e la subordinazione delle donne" (R.W. Connell, *Maschilità*, cit., p. 68). Questo tipo di maschilità si avvale della costruzione di stereotipi, di "eroi" da un lato e quelle che George Mosse chiama le "contro tipologie ideali", dall'altro, quelle maschilità subordinate e marginalizzate (ebrei, omosessuali, uomini di altre "razze"). Tutte, tuttavia, coesistenti in una relazione di complicità, dal momento che anche il maschio più subordinato gode del "dividendo patriarcale" che deriva dalla sopraffazione delle donne. I riferimenti sono a G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo*, cit. e, per un'ulteriore chiarificazione del concetto a M. Donaldson, *What Is Hegemonic Masculinity?*, cit.

<sup>15</sup> Elaine Showalter ha messo bene in luce il cambiamento che avviene a fine secolo, dopo l'epoca vittoriana, nella personalità stessa dello psichiatra, che, abbandonando il paternalismo e una scienza medica basata sulla pateticità dei sintomi da un punto di vista emotivo e psicologico, diventa esempio di una mascolinità aggressiva e razionale, fortemente influenzata dai nuovi indirizzi scientifici neurologisti. E. Showalter, *The Female Malady*, cit., pp. 110-118.

sia vissuta in maniera peggiore dagli uomini rispetto alle donne e rispetto a quella carceraria, perché subiscono un trattamento che li rende maggiormente irragionevoli, asessuati, indifesi e dipendenti. Attraverso una serie di operazioni che, dal momento dell'entrata, permettono una spersonalizzazione del paziente – spoliazione dei ruoli precedentemente ricoperti, separazione dalla famiglia, test di obbedienza, nudità fisica per le visite, vesti e vitto standardizzati, violazione dell'autonomia d'azione – “si spezza ad un individuo la possibilità di testimoniare a colui che agisce nei confronti della società civile, che egli ha un potere sul proprio mondo, che è una persona che gode di autodeterminazione, autonomia e libertà d'azione adulte”<sup>16</sup>.

Luigi D.M., maniaco, giovane studente pisano, discorreva di vari argomenti con i medici che, incuriositi, non mancavano di trascriverli con assoluta fedeltà e dovizia di particolari nella narrazione del suo esame psichico iniziale e di quello compilato dopo un anno di degenza. Esponeva continuamente le proprie idee in materia di politica, filosofia e quant'altro ai medici dell'ospedale, tanto che si appuntò fra le caratteristiche del suo internamento: “i suoi discorsi venivano da lui proferiti in modo molto accentuato, talvolta sembrava volesse imporre al medico le sue opinioni”<sup>17</sup>. Poi proseguivano:

Il tema dei suoi discorsi si riferiva sempre a quesiti di grande importanza [...], quesiti che egli scioglieva a suo modo e spesso in modo puerile. A chi lo udiva parlare sembra persona molto erudita, poiché dalla letteratura alla storia, alla filosofia alla anatomia, alle scienze giuridiche e sociali passava colla più grande facilità; su tutte diceva la sua opinione, rammentandone gli autori che di queste scienze si erano occupati, ma entrando in discussione si comprendeva bene che egli di queste scienze aveva una tinta generale e di alcune aveva appena aperto le prime pagine. Se veniva contraddetto egli diceva che bisognava studiare avanti di decidere ed insistendo avrebbe inveito a parole. Un altro fenomeno che spiccava nell'apparato sintomatico era costituito dalla abiezione che aveva per tutti; egli genio riteneva tutti gli altri per asini [...]; egli uomo riteneva ragazzi tutti i superiori dello stabilimento; egli politico considerava come imbecilli tutti i ministri di stato. Soltanto di Thièrs aveva una stima senza confine e diceva che valeva quanto tutta la Francia.

La sua sfida alla posizione dei medici veniva immediatamente compensata dalla puerilità con la quale, secondo gli psichiatri, egli la esprimeva e contraddetta dall'attenta verifica sulla veridicità delle sue affermazioni, pagata nei commenti sprezzanti ai suoi comportamenti: “mentre però si mostrava un leone nel momento dell'ira era un timido agnello quando si vedeva puni-

<sup>16</sup> E. Goffman, *Asylums*, cit., p. 71.

<sup>17</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 479, Luigi D.M., 1880, b. 4.

to o collo isolamento o colla camicia di forza. Allora aggiungeva alla docilità la viltà, allora domandava scusa, piangeva, e si valeva della menzogna per difendere il suo operato”. La parabola del suo internamento in manicomio continuò attraversando una serie di stadi della malattia: dall'esaltamento maniaco all'aggressività e poi alla depressione, fino a essere ridotto alla completa demenza. I medici, una volta indebolite a tal punto le sue facoltà mentali, cominciarono a non curarsi più molto della sua storia; venne passato dalla Villa dei rettanti al quartiere centrale per essere meglio sorvegliato e considerato come qualsiasi altro malato dello stabilimento.

Anche Gustavo D.G., celibe trentenne, era entrato con una diagnosi di mania nel 1889. Aveva perso il proprio lavoro di impiegato in seguito a una serie di anomali comportamenti: andava spesso in giro per la città di Arezzo, era divenuto pericoloso maltrattando le donne, importunando i passanti con gesti inconsulti e venne perfino accusato di aver molestato una bambina in tenera età. Le sue manie di grandezza ricordano quelle di Luigi.

I sentimenti egoistici hanno un grande predominio su quelli altruistici. Pieno di sé, ha un concetto parecchio esagerato della propria personalità, ch'è si crede atto a disimpegnare qualunque ufficio, ed ha la ingenuità di dire che si sentirebbe capace perfino, non solo di poter rappresentare con onore e con vanto gli elettori di Arezzo al Parlamento Italiano, ma anche la delicata e non facile missione di un Ministro di Stato. E per dimostrare la sua abilità e la sua attitudine per sì atti uffici, egli è pronto a tenere qualunque conferenza dinanzi a qualsiasi uditorio ed esporre ad esso il suo programma politico, sociale ed economico.

Ma ciò che aveva incuriosito e infastidito i medici, che mostrarono sempre grande riprovazione per i suoi comportamenti spinti alla “depravazione morale”, con tendenze all'onanismo e alla sodomia, tanto da rifiutare le sue richieste di essere ricoverato presso il quartiere dei rettanti, era stato probabilmente un commento espresso allorché fu interrogato sulle sue impressioni del manicomio:

dopo un breve esordio, ha accennato alla grande utilità che hanno questi stabilimenti, dove si dovrebbero curare i soli pazzi, ma quello che esso ha notato è che fra ogni cento persone che vi si trovano reclusi, appena dieci gli sono sembrate realmente ammalate di mente, mentre tutte le altre o hanno ammalato il cuore (come molti epilettici) o hanno ammalato i sensi (vista e udito come alcuni allucinati)<sup>18</sup>.

Non erano perciò i gesti di violenza, di stizza, d'ira, il rifiuto del cibo e dei medicinali, utilizzati indifferentemente da tutti i pazienti, uomini e don-

<sup>18</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1692, Gustavo D.C., 1889, b. 12.

ne, segni tangibili e prove di pazzia, a irritare maggiormente i medici, ma la messa in discussione da parte di un ricoverato dello *status quo*, del loro ruolo di detentori della cultura scientifica e psichiatrica, del loro controllo sullo stato mentale degli internati e dell'efficacia dell'istituzione manicomiale stessa.

Ad individuare il nesso peculiare fra le fantasie di dominio sovrano dei pazienti e la sfida all'autorità scientifica è, ancora una volta, Foucault. Nella riflessione sull'esercizio del potere da parte della classe medico-psichiatrica spiega infatti che il "credersi re" da parte dei folli fosse divenuto il vero segreto della follia perché

per gli psichiatri del tempo, era il fatto stesso di affermare questa credenza, di opporla a tutte le prove del contrario, e di farla valere anche contro il sapere medico [...] in contrasto con tutte le altre forme di certezza e di sapere, a essere un modo di credersi re [...]; il fatto di credersi re consiste, in fondo, nel voler imporre questa certezza, come una sorta di tirannia, a tutti coloro che ci circondano. Ed è questa la ragione per cui ogni follia è una sorta di credenza radicata nel fatto di essere il re del mondo [...] prendere il potere della propria testa<sup>19</sup>.

Mi sembra di poter aggiungere che questa sorta di "scontro per il potere" si materializzasse nella prassi manicomiale, come dimostrano le storie precedenti, non soltanto come una dinamica di conflitto giocata fra psichiatra e paziente, fra pazzia e scienza, ma più esattamente come scontro fra diverse mascolinità che entravano, anche per un solo attimo, in competizione. Da un lato i medici che incarnavano e facevano propri tutti i valori e il modello al quale un uomo avrebbe dovuto rispondere: dominio della ragione, non soltanto in senso lato e culturale ma pratico, prestigio sociale, denaro, compostezza, dedizione alla propria professione, dall'altro un'irragionevolezza che se desiderava avvicinarsi a tale modello, non poteva e non doveva arrivare a sfidarne autorevolezza e contenuti.

### 3. Agiografie di sante e regine

Le storie contenute nelle fantasie femminili sono di sostanza decisamente diversa, principalmente identificabili con due grandi nuclei tematici. Nelle storie di donne e dei loro deliri il matrimonio, la possessione da parte di un uomo, si esprime mostrando una vera e propria frustrazione matrimoniale in due sensi, spesso mescolati e confusi: da un lato con le favole legate al proprio sposalizio, o a quello delle figlie, con quei re e nobili che sognavano di divenire gli uomini internati, dall'altro con l'affermazione in campo

<sup>19</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 38.



religioso, in qualità di Sante o spose di Cristo, in una sorta di matrimonio mistico il cui fascino risulta estremamente forte.

Per le pazienti il raggiungimento di una buona posizione rimaneva subordinato, a partire dalle aspirazioni più basse fino ad arrivare a quelle più alte, alla possibilità di contrarre un'unione matrimoniale più vantaggiosa possibile o di entrare a far parte di una famiglia ricca o nobile. Giuditta T., giovane donna nubile e colona, iniziò a dare segni di follia allorché si convinse che il suo padrone nutrisse per lei dei sentimenti e durante l'esame psichico in manicomio rimase "ferma nella convinzione di poter sposare il suo padrone, argomento questo che la rende un po' animata nella fisionomia e la fa discorrere con una certa espansività, cade spesso in puerilità e talora dice cose incoerenti e che stanno poco in armonia col soggetto che tratta"<sup>20</sup>.

In questo senso, si connota di accenti molto diversi anche la relazione medico/paziente. Il rapporto fra un medico uomo e le ricoverate donne poteva infatti essere molto problematico per varie ragioni. Spesso, al momento dell'arrivo in ospedale e delle prime denudazioni, bagni, visite psichiche e fisiche approfondite, anche le donne mostravano di temere l'improvvisa incursione dello psichiatra nelle loro vite e nei loro corpi<sup>21</sup>, ma in tante finivano con l'affidarsi completamente alle loro cure idealizzandone la figura e, in alcuni casi, facendone oggetto di stima, talvolta di desiderio e fantasie amorose ed erotiche. Del resto, per molte pazienti di umili origini, data la distanza sociale e culturale che li separava, gli psichiatri rappresentavano in un certo senso delle figure maschili molto diverse da quelle a cui erano abituate: uomini colti, appartenenti a uno status socio-economico elevato, che si ponevano nei confronti delle pazienti quasi sempre con modi garbati poiché l'applicazione delle punizioni, l'uso dei mezzi di contenzione e la coercizione utilizzati sui pazienti spettavano al personale di servizio. In alcuni racconti, quindi, troviamo una fantasia amorosa e coniugale riversata sul medico curante, come in quello di Giovanna V., ventottenne e ancora nubile, orfana di entrambi i genitori, che viveva nei pressi di Livorno lavorando in campagna come bracciante quando entrò per la seconda volta al San Niccolò nel 1880 affetta da lipemania semplice, dopo aver tentato il suicidio per annegamento. Dopo circa due anni dall'ingresso in manicomio cominciò a mostrare, a fronte dell'usuale stato depressivo nel quale si trovava fin dall'inizio, degli "accessi di umore gaio" a cui seguivano, secondo

<sup>20</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1452, Giuditta T., 1889, b. 307.

<sup>21</sup> Adriana Salviato ha sottolineato come la continua vicinanza col personale medico, soprattutto per le pazienti donne di umili estrazioni, venisse vissuta con notevole soggezione e diffidenza, soprattutto per ciò che riguardava il contatto fisico. Oppure, vi erano casi in cui le pazienti potevano riversare sui medici tutta la propria rabbia e frustrazione, identificandoli come responsabili delle loro pene (A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi*, cit., pp. 84-85).

i medici, delle vere allucinazioni. Credeva di sentire il medico responsabile della sezione femminile cantare di notte sotto le sue finestre e che egli stesso le avesse fatto delle promesse di matrimonio. Durante le visite si lasciava andare ad atteggiamenti ammiccanti e lascivi nei suoi confronti ma, non ottenendo alcun risultato, dopo alcuni mesi scrisse una lettera al medico aggiunto dichiarandosi abbandonata dal primo medico e mostrando il desiderio di affidarsi quindi a lui, dando vita alla messa in scena di una serie di giochi nei quali puerilità e seduzione si mescolavano per raggiungere il proprio scopo. Non guadagnando consensi fra i suoi oggetti di desiderio, scrisse infine al Sindaco di Livorno implorando pietà per una povera orfana affinché la facesse uscire dal manicomio, dove invece sarebbe morta nel 1896, per essere affidata al Reclusorio per poveri cittadini<sup>22</sup>.

Esistevano deliri femminili simili a quelli degli uomini, ovvero legati soltanto all'ambizione di possedere denaro ma, nella maggior parte dei casi, ciò non aveva affatto il significato di desiderio di una posizione sociale e professionale autonoma. Si trattava piuttosto di fortune dipendenti dalla volontà altrui, fra cui il lascito inaspettato di un'eredità in forma provvidenziale era l'elemento più ricorrente. Irene F. in G. venne schedata come miserabile nella cartella clinica e malata di paralisi progressiva. Il suo delirio era cominciato così: "un mese fa morì la Sig.ra C., la malata cominciò a dire che questa le aveva fatto un lascito di £ 1500. La sua fissazione cominciò di qui, e particolarmente limitata a idee di ricchezza e dice di avanzare 1000 £ da Tizio, 1000 da Cajo etc."<sup>23</sup>. Maria F. in M. era invece una vedova cinquantenne e molto povera, entrata in manicomio nel 1880, anch'essa affetta da paralisi progressiva, assolutamente certa di aver ricevuto un'eredità da un Farnese di Roma che ella credeva suo parente, nientemeno che Papa Paolo III<sup>24</sup>.

Al di là di una semplice eredità, le rappresentazioni di se stesse a sfondo positivo che coinvolgevano il mondo religioso e nobiliare erano fra le donne le più frequenti. La devozione religiosa era esacerbata in una maniera che non trovava pari, eccetto qualche eccezione, nei vissuti maschili. Tale disparità, riscontrata anche in altri ambiti di ricerca e in altri studi dipenderebbe, secondo Luisa Accati, da una specificità della religione cristiana, cattolica in particolare, fin da tempi molto antichi caratterizzata dalla scarsità numerica di devozione maschile e da un'"eccessiva delega alle donne"<sup>25</sup>, accentuatasi a partire dalla riforma tridentina e consolidatasi con la femmi-

<sup>22</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 270, Giovanna V., 1880, b. 299.

<sup>23</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 305, Irene F., 1880, b. 300.

<sup>24</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 277, Maria F. in M., 1880, b. 299.

<sup>25</sup> L. Accati, *La legge della madre e la religione delle figlie. Considerazioni scientifiche e politiche*, in *Donne sane, sane donne*, cit., p. 43.

nilizzazione della religione cattolica fra Sette e Ottocento. Il forte rilancio del culto mariano, con l'apoteosi della proclamazione del dogma dell'Immacolata Concezione nel 1854, e il successo delle figure carismatiche femminili all'interno della Chiesa cattolica contribuirono alla diffusione di culti, riti e pratiche di devozione dai tratti teneri e femminili, terreno fertile per la proliferazione di una religiosità dai toni fortemente antirazionali. Grazie ad essa la Chiesa, per tutto l'Ottocento, fece perno sulle donne dei ceti popolari per riguadagnare il terreno in parte ceduto a scienza e istituzioni<sup>26</sup>. Nel corso della seconda metà del secolo anche l'istruzione delle donne venne perciò in gran parte demandata alle istituzioni religiose<sup>27</sup>.

Ma, in fin dei conti, questo coinvolgimento religioso manifestava probabilmente un bisogno di spiritualità e appartenenza all'universo devozionale opposto alle teorie scientifiche. Di quanto questo mondo religioso avesse un riflesso nelle aspettative delle donne come via per conseguire un riconoscimento importante a livello personale e sociale e in quanto forma di riscatto su più livelli, trova conferma nei racconti delle pazienti, desiderose di realizzare esempi di perfezione per elevarsi al di sopra dell'ordine delle pressioni sociali. In alcuni casi l'appello religioso veniva esternato con vere e proprie preghiere di grazia e miracoli, in altri risulta molto accentuato il desiderio alla monacazione.

Teresa T., ad esempio, era nubile, aveva 31 anni e svolgeva la mansione di cameriera quando venne internata dopo due tentativi di suicidio incoraggiati da idee di persecuzione e schedata come sofferente di frenosi isterica. Il suo esame psichico comincia così:

La T. è molto seria e addolorata e con grande facilità si prostra in ginocchio, e, atteggiando le mani in atto di preghiera, domanda perdono a questo e a quello per fatti che può aver commesso. [...] I sentimenti affettivi non offrono nulla di rimarchevole, come pure i sentimenti morali. Esagerati però sono i sentimenti religiosi e si mostra contentissima allorché può trattenersi qualche minuto con qualche suora, alla quale subito manifesta il suo vivissimo desiderio di farsi monaca o di entrare come postulante nell'ordine suo. E non è certamente da oggi che vi è in lei una vera e propria esagerazione del sentimento religioso, confessandoci essa che per l'addietro passava molte ore in Chiesa a pregare e più di una volta

<sup>26</sup> In questo periodo si assistette in Italia alla proliferazione di istituti laicali come quelli delle Maestre Pie, all'incoraggiamento al monachesimo domestico di bizzocche e terziarie come forme intermedie per i ceti popolari che non potevano permettersi il vero e proprio monachesimo, alla spinta alla devozione consumata anche fra le mura domestiche. Cfr. a proposito di questa transizione M. Caffiero, *Dall'esplosione mistica all'apostolato sociale (1650-1850)*, in *Donne e fede. Santità e vita religiosa in Italia*, a cura di L. Scaraffia, G. Zarri, Roma-Bari, 2009, pp. 327-373.

<sup>27</sup> L. Scaraffia, "Il cristianesimo l'ha fatta libera, collocandola nella famiglia accanto all'uomo" (*Dal 1850 alla "muliebri dignitatem"*), *ivi*, pp. 441-493.

le è accaduto che, per la debolezza dei suoi nervi e per i digiuni che faceva, ha avuto delle visioni e ci racconta in special modo che una mattina dopo aver tanto pregato di fronte all'immagine di S. Antonio, le parve che il Santo si muovesse con tutta la persona. [...] Relativamente allo essersi gettata dalla finestra, dice che non lo fece per suicidarsi, ma per provocarsi dei patimenti soltanto<sup>28</sup>.

Il suo senso di costrizione alla gola, la sua malinconia e la sua concentrazione finirono per farla chiudere nel completo silenzio, fino a che il rifiuto del cibo la ridusse in uno stato di debolezza che ne provocò la morte. La solitudine di Teresa, il suo desiderio di monacazione, la continuità delle pratiche religiose nelle quali si rifugiava erano infatti agli occhi dei medici niente più che esagerazioni.

Un appello alla religione veniva invece da Adele V. come forma di riparazione a una vita vissuta fuori dagli schemi e dalle regole. Adele aveva 46 anni, era nubile, nativa di Livorno. I medici annotarono nell'anamnesi: "non si sa nulla dei suoi genitori. Pare che all'età di 16 anni si sia recata a Marsiglia e colà vi abbia condotto una vita parecchio scostumata. Ha avuto una gravidanza, con parto normale e una febbre di 8 giorni durante il puerperio". Prima di essere internata al San Niccolò per monomania intellettuale viveva ancora a Marsiglia dove, abbandonata la vecchia professione di prostituta, si impiegava come venditrice di giornali; avendo dato segni di instabilità mentale era stata rispedita dal consolato a Livorno, dove svolgeva qualche servizio presso case di privati o sopravviveva con l'accattonaggio. Ricoverata presso l'ospedale cominciò a delirare facendo discorsi insensati e venne perciò mandata al manicomio. Ecco una parte del suo esame psichico:

L'ideazione si svolge con molta sollecitudine e quando ha preso a discorrere non si ferma con tanta facilità ed entra a parlare delle persecuzioni di cui è fatta segno da tutti e al tempo stesso manifesta anche senza ritegno le sue idee deliranti di grandezza e sostiene che vuole una riparazione d'onore e chiede che le venga fatta giustizia come si merita. [...] In questi ultimi anni ha sofferto la fame e gli stenti per sfuggire alle persecuzioni che l'affliggevano, ma tutto è stato inutile; ritiene che su di lei si facciano grandi speculazioni, afferma di essere vissuta per qualche anno nel corpo di Dio, crede di esser morta per un giorno e poi per volere di Gesù resuscitata, esige che le vengano restituiti i tre milioni di franchi che sua madre le ha lasciati, infine arriva a dire che essa è la giustizia eterna, e che è una infamia e una crudeltà tenerla qui reclusa. Tutto questo ella ci ha esposto senza alcun ordine e confondendo le sue idee deliranti di persecuzione con quelle di grandezza. I sentimenti affettivi sono sopiti, come pure i morali, ammesso che questi siano una volta esistiti. I sentimenti religiosi sono frantesi, ella ha diritto di stare accanto alla Madonna e non vuol saper altro. La

<sup>28</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1366, Teresa T., 1889, b. 307.

volontà è debole e francamente confessa che non può piegarsi a nessun lavoro e che si sente troppo straziata per poter accudire a qualsiasi occupazione e che la sua missione è troppo elevata e grande per potersi abbassare a prendersi cura di tante piccolezze<sup>29</sup>.

Il posto che ella meritava accanto alla Madonna si collocava all'estremo di una missione in cui la convinzione di avere diritto a denaro e riparazione d'onore si concretizzava nella sua morte e resurrezione a nuova vita, una vita con tutta probabilità desiderata completamente diversa da quella precedente, nella speranza di una giustizia terrena e divina. L'unica nuova vita avuta da Adele fu invece quella dentro al manicomio, dove rimase per moltissimi anni, fino alla morte nel 1912.

A una commistione fra vocazione religiosa e desiderio di riscatto personale è riconducibile la storia di Modesta A., che accettò il proprio internamento ritagliandosi e reinventandosi all'interno del manicomio una vita del tutto nuova, all'incrocio fra reclusione monastica, realizzazione professionale e desiderio amoroso<sup>30</sup>. Quando arrivò al manicomio aveva già 50 anni, era sposata e lavorava come serva; a quanto sembra era caduta in malinconia in seguito a dispiaceri domestici. Trascorso poco tempo all'interno del manicomio iniziò a mostrare atteggiamenti inconsueti, correndo sempre dietro alle suore e alle serventi, ma tentando la fuga dallo stabilimento appena le si presentò l'occasione. In un aggiornamento di quattro anni dopo possiamo notare la sua assuefazione all'ambiente manicomiale e il medico annotava fra i suoi comportamenti:

Ridotta ad un grado assai avanzato di demenza, ma quieta, tranquilla, regolare nel contegno e laboriosa. Continua ad amare appassionatamente le suore fino al punto di seguirle quasi estatica in tutti i loro passi; si è fatta più trattabile che per il passato e adesso non solo disimpegna la pulizia del quartiere, ma si rivolge spesso al Medico, cosa che prima non faceva mai, per domandare con insistenza che le siano affidate le chiavi come alle guardie, a cui le pare di avere un diritto dal momento, dice lei, che fa un servizio come quello di una guardia. Mangia quasi sempre, tranne che quando per qualche caso straordinario si cambia la suora del quartiere e allora piange e si dispera per qualche giorno<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1379, Adele V., 1889, b. 307.

<sup>30</sup> La distruzione del senso del sé che segue alla reclusione manicomiale è spesso compensata attraverso l'entrata nel meccanismo dei privilegi all'interno del manicomio. Fra i modi in cui questo può esprimersi troviamo quella che Goffman definisce "colonizzazione", ossia la costruzione di un'esistenza stabile e felice basata sul massimo delle soddisfazioni che l'istituzione può offrire. Cfr. E. Goffman, *Asylums*, cit., pp. 88-89.

<sup>31</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 282, Modesta A., 1880, b. 299.

Desiderava le vesti di servente e si dispiaceva di non poter contare nulla all'interno dell'istituto per il quale profondeva tante energie.

Ci sono tuttavia due storie particolarmente degne di attenzione, perché rappresentano un vero e proprio delirio sistematico. Le pazienti soffrivano entrambe, secondo i medici, di monomania intellettiva, con un'idea fissa del tutto simile. Una, Maria S., viveva a Cecina lavorando come domestica, aveva trentuno anni, era nubile ed entrambi genitori erano ancora in vita. Alle spalle aveva una genia di parenti affetti da malattia mentale e la sua indole venne considerata dai medici leggera. Teresa D. era un po' più avanti con gli anni, ne aveva quarantasei, anche lei nubile, viveva a Roccastrada insieme ai parenti in seguito alla morte di entrambi i genitori. Le storie di queste due pazienti sono complesse ed elaborate, costituiscono una sorta di favola della loro vita in cui esse, in qualità di protagoniste, avrebbero dovuto affrontare peripezie e nemici per poter raggiungere lo scopo al quale si sentivano destinate<sup>32</sup>. Sono storie che non trovano riscontro paragonabile in quelle degli uomini per elaborazione e accuratezza nei dettagli; entrambe mescolavano il desiderio di assurgere alla santità, alla purezza di corpo e di spirito, con quello della realizzazione attraverso un matrimonio reale con principi e re, percorrendo un cammino costellato da difficoltà e sacrifici e riproponendo i due nuclei tematici della realizzazione femminile. Non potrà essere considerato casuale che, proprio nella seconda metà del secolo XIX, la Chiesa cattolica agisse da una parte rinsaldando il proprio legame con le donne e i ceti popolari vincolando la santità alla povertà, contesto dal quale provenivano le nostre pazienti, una delle quali dichiarava di essere caduta in disgrazia pur essendo in realtà figlia della Madonna. Sul fronte opposto si rafforzava anche la connessione fra santità e regalità grazie alle figure della casa regnante sabauda, nelle cui storie le virtù espiatorie della Madonna, della

<sup>32</sup> Il nesso fra fiaba e follia è stato individuato da Vinzia Fiorino, che ha rintracciato nei pensieri dei pazienti classificati dai medici come deliri, una presenza importante della dimensione religiosa e della cultura folklorica popolare, in cui sono presenti elementi di morfologia e schemi della fiaba e delle agiografie. Cfr. V. Fiorino, *La fiaba e la follia. Rappresentazioni della malattia mentale (1850-1915)*, in "Genesis", 2 (2003), pp. 179-205. Secondo Edvige Fanfera invece, che prende ad esempio le espressioni delle isteriche "la donna può esprimersi normativamente, non nell'intelligenza o nella critica, ma nel sentimento e nella morale, così nel suo delirio erotico-sentimentale, l'isterica manifesta il disagio psichico mascherando con il linguaggio del sentimento, quello che culturalmente le compete, le è proprio. Possiamo intenderlo come un delirio culturale che apparentemente uniforma le donne nel loro essere malate d'amore, ma che in realtà nasconde compulsioni dettate da un insieme di pressioni, limitazioni, aspettative sociali che ciascuna di esse, in modo diverso e unico, incontra traumaticamente nella propria esistenza" (E. Fanfera, *Biografie femminili e isteria nell'Ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, cit., p. 189).

moglie e della madre si unirono indissolubilmente per entrare a far parte dell'immaginario collettivo<sup>33</sup>.

Maria S. aveva lasciato la casa paterna a 17 anni per andare a vivere insieme a un fratello maggiore che l'aveva mandata a servizio per cinque anni in una casa dove, a suo dire, un giovane desiderava "amoreggiare" con lei. Purtroppo, essendo la padrona contraria a questa relazione glielo impedì. Da allora Maria cominciò a credere che ella le avesse rubato perfino dei risparmi e così venne licenziata. Una volta tornata a casa accusò la sorella di averle rubato un amante, a quanto pare immaginario, tanto che i parenti la condussero all'ospedale una prima volta. Tornata al servizio in altre case continuò però nel suo delirio e questa volta dall'ospedale venne portata al San Niccolò e ascoltata dai medici.

Vi è delirio erotico con idee di grandezza e di fasto. Sa di essere stata proclamata Santa e che il suo corpo purissimo non può essere posseduto che da re e principi di sangue regio: però ella aveva acceso un ardentissimo amore nel Principe di Napoli, al quale Re Umberto non impediva certo questo spozalizio. Essa (illeggibile) è sicura che questo doveva accadere non vi si opponeva ed anzi ricambiava di pari affetto il giovane principe. Ma il Papa ingelosito e che voleva proporre lo spozalizio ai Re di Francia l'ha presa a odiare e non potendo togliere a lei la santità, l'ha fatta rinchiudere come pazza. Di ciò il Principe si è assai addolorato e non ha smesso un momento di interessarsi per lei; ultimamente si recò a Pisa dove la fece sciogliere dal letto e conversò parecchio tempo con lei insieme a Umberto. A queste idee aggiunge molte altre stranezze, che cambia ad ogni discorso ma che tutte conservano il fondo erotico e sono improntate a grandezza e ambizione. Tenace nel suo delirio, mantenuto da allucinazioni d'udito e di vista, campa spesso in un mondo immaginario ed è felice nell'udire le parole che il suo amante le rivolge, dolente quando il Papa e altri nemici la dileggiano e la scherniscono<sup>34</sup>.

Praticamente identica, ma più elaborata, è la storia inventata da Teresa, che aveva trascorso la vita attendendo assiduamente alle funzioni religiose e senza mai sposarsi.

Se potesse tornarsene a casa non andrebbe certo dai suoi parenti pei quali non nutre che odio ma amerebbe vivere libera. I sentimenti religiosi sono esagerati: si duole di non poter frequentar le chiese, fare ogni mattina le devozioni e la

<sup>33</sup> M. Caffiero, *Dall'esplosione mistica all'apostolato sociale*, cit., pp. 360-364. Cfr. anche, per l'importanza rivestita dalle figure della casa regnante, in particolare sul rinnovo del culto della beata Ludovica di Savoia e sulla figura ottocentesca di Maria Cristina e in generale sulla santità regale femminile S. Cabibbo, *La santità femminile dinastica*, in *Donne e fede*, cit., a cura di L. Scaraffia, G. Zarri, pp. 399-418.

<sup>34</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1357, Maria S., 1889, b. 307.

comunione essendo figlia di Maria, anzi ci fa sapere che essa era già nella via della glorificazione e che tutti i Preti e perfino il Papa si sono occupati di lei (illeggibile) a perseverare nella buona strada intrapresa. I sentimenti morali non sono molto apprezzati. [...] Il delirio è a fondo erotico e religioso. Narra che fidanzata fin dai più teneri anni col conte Guicciardini, ne è ora perdutoamente invaghito tanto che l'ha chiesta in sposa. Ma poiché essa è povera ed è solo una questuante, alti personaggi cui non sono estranei il Re, la Regina, e più i Duchi di Genova che di lei si sono occupati sempre, le hanno assegnato cinquecentomila lire, che dovrebbero costituire la sua dote per esser pari in condizione al Conte suo sposo. Ma le sorelle invidiose e avido hanno sequestrato il foglio d'invio del denaro e l'hanno fatta passare per pazza per appropriarsi il mezzo milione. Di ciò essa è sicura, come è certa che il Conte Guicciardini spasimi per questo amore contrariato e si occupi per farle ridonare la libertà e farla sua sposa. Non fa ostacolo la sua età e la figura tutt'altro che avvenente, che anzi ci fa sapere che è sempre stata bramata dagli uomini tanto che è solo per la protezione del suo angelo custode se la virtù ha potuto trionfare; basta sapere che un anno fa mentre usciva di chiesa il Sindaco da lungo tempo innamorato di lei le fu addosso, e se non l'avessero rattenuto le genti, l'avrebbe certamente ridotta alle sue voglie. Ciò non è tutto perfino il Papa la conosce e tratta con lei, avendogli essa fin dalla sua esaltazione al trono inviato delle lettere. Dice che è sicura di esser perfezionata in religione ed essa ha il modo di ottenere con speciali preghiere qualunque grazia. Tenace in queste idee non vi è modo di persuaderla che tali fatti non appartengono che al suo delirio<sup>35</sup>.

Il percorso di realizzazione immaginario attraverso la monacazione, se non la santità, è del tutto peculiare al sentimento e al delirio delle donne. Tuttavia, anche se con toni molto meno accentuati, si trovano alcune tracce di affermazione personale ultraterrena anche negli uomini, con una particolarità rispetto a quella femminile che vale la pena sottolineare. Nessuno di loro mostrava alcun segno di vocazione al sacerdozio, tanto meno alla reclusione monastica, nessuno aveva un percorso di vita descritto in maniera agiografica, fatto di ostacoli e prove da superare per raggiungere l'obiettivo della santità, nessuna propensione al sacrificio e al martirio religiosi. La loro realizzazione passava piuttosto, per direttissima, dalla morte e risurrezione, che caratterizzava alcuni casi di pazienti, in assoluta ottemperanza alle gerarchie e ai ruoli attribuiti alla figura di Cristo dalla Chiesa. Su tutte spicca la storia di Ernesto F., commesso quarantanovenne, originario della Germania, un tempo benestante e ridotto in miseria in seguito alle vicende riportate nella sua anamnesi:

ha molto viaggiato per riscuotere una eredità, e per questo ha cominciato a delirare tanto da persuadersi di essere morto e seppellito. Il fondo è costituito

<sup>35</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1342, Teresa D., 1889, b. 306.



da idee di persecuzione e fu condotto nelle stanze d'osservazione dello Spedale di Pisa perché andò da un delegato di P.S. chiedendo un Reggimento per la propria difesa personale<sup>36</sup>.

### Ricoverato in manicomio

[...] sosteneva di essere morto e sepolto a Pisa e che la sua presenza nel manicomio non si manifestasse con sembianze umane ma sotto forma di spirito, il quale da un momento all'altro solcava l'aria, giungeva in altro pianeta etc. Non mostrava egli alcuna (illeggibile) del suo corpo perché diceva non gli interessava essendo materia vile, mentre tanto gli interessava l'anima, che doveva volare al suo Dio e che ora si trovava sulla terra per purgarsi dei peccati<sup>37</sup>.

Vorrei citare per ultima la lettera scritta da un paziente, una di quelle poche testimonianze dirette di delirio fastoso degli uomini che abbia a che fare con la religione, ricca di contenuti che portano al culmine l'idealizzazione di se stesso del paziente. Riccobaldo D.B. era direttore del penitenziario dell'isola dell'Asinara, benestante e aveva una famiglia. Sentendosi oberato di lavoro chiese di essere trasferito e passato a un grado inferiore, così venne spedito, in qualità di aiuto direttore, presso il penitenziario di Aversa. Qui cominciò a dare i primi segni di instabilità mentale, convincendosi che avesse sortito in lui un dispiacere l'essere stato trasferito e degradato e che la mancanza di una falange al pollice destro gli impedisse di svolgere il suo impiego d'ufficio. Dopo essere stato ricoverato una prima volta in manicomio per monomania intellettuale venne affidato ai familiari, ma poco tempo dopo tornò al San Niccolò in seguito a un efferato tentativo di suicidio per mezzo di due colpi di rivoltella alla testa. La sua idea fissa consisteva nella volontà di uccidersi, poiché credeva fermamente di essere stato prescelto addirittura come figlio di Dio in terra, nuovo Messia. Ecco le sue parole nella lettera indirizzata alla moglie:

Siena, 27 Settembre 1892

Mia Cara Emma,

nel 1856 Dio Spirito Santo, a mezzo di Eloquio e Atti di Pio IX, Mi Predestinò Unico e Solo Suo Discepolo Delle Genti nelle mie qualità di Figlio Ultimo della Stirpe più Nobile che esistesse nel Mondo e che avesse Nella Terra di Ul (Volterra e Velatri) Beni Reliquie e Verbo Autentici di Lino e del Cireneo. In quel Tempo Una Stella Cometa apparse nei Cieli e Visibile agli Uomini Raggianti di Splendore proprio Sopra Il Mio Ricovero Paterno in Piazza Maggiore e volta direttamente a Fontemiliari e Ligia Riconfermò Il Volere Di Dio esplicitosi nel-

<sup>36</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 481, Ernesto F, 1880, b. 4.

<sup>37</sup> *Ibidem*.

la Gerarchia Ecclesiastica per Bocca Del Papa. Tu Segui la Religione Del Papa Di Carpineto e al Tuo Direttore Spirituale Fausto Andreotti, e Seguaci nel Fine Giustifica I Mezzi, ed a Te Stessa Siano opportuna Norma Della Vostra Vita e Timore Negli Ultimi momenti precedenti la Morte e Attendi Mie Aspirazioni e Rescritti Nobiliari<sup>38</sup>.

Nessuna storia, nemmeno quelle delle donne, la cui aspirazione alla santità è molto più ricorrente, arrivava a tanta ambizione. La missione di Riccobaldo si collocava al di sopra di tutte le altre poiché lui era il figlio di Dio e nessuno si era spinto così in alto. I temi relativi a una cosmografia dinastico-religiosa si intrecciano e sovrappongono nelle storie confuse dei pazienti ma dimostrano molto chiaramente come anche le fantasie deliranti rispecchiassero rigidamente la separazione di genere e gli orizzonti culturali entro i quali l'appartenenza di genere doveva idealmente esprimersi tramite *performances*, aspettative, limitazioni.

#### 4. Le streghe son tornate!

Non erano soltanto le fantasie e l'ambizione declinati in chiave positiva a far parte dei deliri dei pazienti che, al contrario, si popolavano spesso di paure recondite e idee di persecuzione. La convinzione della mancanza di potestà sulla propria persona si esprimeva su vari livelli. Prima di arrivare alla possessione e alla perdita completa di controllo sul proprio corpo e sulla propria anima, c'era infatti la persecuzione esterna come elemento di disturbo. I soggetti agenti delle persecuzioni potevano essere spiriti e diavoli, ma anche persone appartenenti alla comunità di riferimento delle presunte vittime: parenti, vicini, ma soprattutto donne, capaci di esercitare la loro forza e la loro vendetta attraverso fatture, malie, malocchi e sortileggi in maniera diretta. La commistione fra tutti questi elementi e soggetti è piuttosto forte.

Ciò che le donne non potevano ottenere sul piano della realtà, neanche nelle fantasie più recondite, si esprimeva per compensazione nella grande "potenza" che esse detenevano a fronte del "potere" maschile<sup>39</sup> che, tradizionalmente, potevano rivestire come medium di spiriti, dominatrici incontrastate dell'incontro fra lo spirituale e il terreno, mezzo attraverso il quale erano in grado di perpetrare la propria ribellione. Il legame fra donne e stregoneria sarebbe infatti, come sottolineato da storici e antropologi, non soltanto una

<sup>38</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1691, Riccobaldo D.B., 1889, b. 12.

<sup>39</sup> Mutuo il concetto, anche se utilizzato in un contesto e un'accezione diversi, di opposizione fra potenza femminile e potere maschile da Lucetta Scaraffia (L. Scaraffia, *Essere uomini, essere donne*, cit., p. 20).

precisa espressione storicamente contestualizzata alle forme di resistenza alla cristianizzazione delle zone rurali d'Occidente. Si tratterebbe più in generale di una "vendetta mistica", che si esprime attraverso un coinvolgimento nel culto degli spiriti, presente in quasi tutte le culture sia a livello storico che mondiale, tipico delle società dominate da tradizioni patriarcali e fortemente misogine, in cui la preclusione alla partecipazione alle gerarchie ufficiali, religiose e istituzionali, apre un vuoto in gran parte colmato con il culto di spiriti maligni e con la possessione<sup>40</sup>. Al fondo di questa rilettura semantica rimane tuttavia – e mi riferisco qui alla tradizione del mondo cristiano e cattolico – la profonda convinzione che la maggiore vulnerabilità delle donne nello spirito e nel corpo e la loro maggiore suggestionabilità, le rendano esseri sempre inclini al peccato e possibili bersagli di spiriti e demoni, delle streghe adepte, sacerdotesse dell'occulto e del malefico<sup>41</sup>.

La sopraffazione che deriva agli uomini dalla mascolinità egemone va del resto continuamente rinegoziata in virtù del capitale vitale superiore che le donne detengono in quanto attrici della riproduzione, anche attraverso le ragioni di tale sopraffazione e i demeriti attribuiti al genere femminile. La messa in discussione collettiva della disuguaglianza da parte delle donne nel corso della seconda metà dell'Ottocento con i movimenti femministi, l'organizzazione pubblica e il loro inedito protagonismo sociale avevano spinto gli uomini a battere nuove strade per screditare il sesso femminile e così venne coniata la figura della Nuova Donna. Una donna che nel panorama evolutivo si muoveva contro natura, sempre più simile ad un uomo, avendone mutuato i vizi e il protagonismo pubblico, consumando alcol, fumando, non rifiutando il divertimento, lo studio, il lavoro<sup>42</sup>. Una donna, per questo motivo, maggiormente esposta alle cause patologiche ambientali ed esterne della follia. Nel discorso scientifico e negli ambienti colti questa rappresentazione era stata già abbondantemente veicolata sul

<sup>40</sup> Cfr. a proposito I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, Napoli, 1993 [1971], che parla di "un uso diffuso della possessione spiritica, in virtù della quale le donne ed altre categorie depresse esercitano pressioni mistiche sui loro superiori, in circostanze di privazione e di frustrazione, in cui restano a loro disposizione poche altre sanzioni", p. 68. Cfr. anche P. Clemente, *Caccia alle streghe e studi demologici*, in "La ricerca folklorica", 14 (1986), pp. 137-140.

<sup>41</sup> In questo caso, la specifica e massiccia presenza delle streghe e della possessione diabolica all'interno del mondo cristiano, che ha conosciuto il suo acme nel corso dell'epoca medievale e nel Cinquecento con l'espressione attraverso una persecuzione feroce, è stata letta come un innesto sull'atavica paura dell'uomo di fronte al corpo femminile di un essere seducente, avvenente, impuro. Vittime di tale paura furono dei chierici sessualmente frustrati che attribuirono alle tentazioni di Satana i loro desideri e alle donne il mezzo attraverso il quale esso si esprimeva e li persuadeva (G. Minois, *Piccola storia del diavolo*, cit., pp. 65-66).

<sup>42</sup> Cfr. G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo*, cit. e S. Bellassai, *Il nemico del cuore. La Nuova donna nell'immaginario maschile novecentesco*, in "Storicamente", 1 (2005).

finire del secolo, ma fu solo a Novecento inoltrato che essa entrò a far parte dell'immaginario collettivo e popolare. Le paure dei pazienti nei confronti del sesso opposto rimanevano in gran parte legate a elementi più che tradizionali e non è sorprendente che a fine Ottocento il sospetto di stregoneria rientrasse ancora a pieno titolo nel novero delle giustificazioni a disavventure, sintomi di malattie e disturbi psichici. Le donne che non si sposavano ad un uomo, che non si sposavano a Cristo, si sposavano in fin dei conti al Diavolo, divenendone agenti.

Se lo spettro della Donna Nuova non faceva ancora parte dell'orizzonte immaginario dei pazienti, la stregoneria e la possessione diabolica, nelle sue forme di sopravvivenza ottocentesca, ma del tutto assimilabili alle teorizzazioni classiche del *Malleus Maleficarum*, ricordano da vicino molte teorie scientifiche sulle quali si basava la convinzione che le donne, per loro intrinseca natura, fossero maggiormente soggette ad alcuni tipi di malattia mentale. Nel *Malleus* medievale si dichiarava che la donna era maggiormente attratta da Satana a causa della sua struttura fisica difettosa. Inoltre, era incline alla stregoneria perché più credula, più inesperta, più curiosa, dotata di un temperamento più impressionabile, più cattiva, propensa alla vendetta, più frequentemente risucchiata nel vortice della disperazione, più loquace<sup>43</sup>. Un corpo maggiormente difettoso a causa del ciclo vitale a cui era sottoposto e un'indole più vulnerabile, nervosa, esposta alle passioni erano dopo tutto gli argomenti coi quali gli studiosi ottocenteschi giustificavano la diffusione delle nevrosi femminili.

Se gli uomini avevano la percezione che le donne di cui essi avevano avuto la proprietà sfuggissero al loro possesso, queste si trasformavano con una certa frequenza in soggetti persecutori. Il tradimento da parte della posseduta, la ribellione, divenivano per alcuni uomini un motivo di tale sgomento da convertirsi in mania di persecuzione. Dal momento che le streghe erano delle donne, gli stregati erano per la maggior parte uomini. Le mogli, in quanto soggetti femminili più vicini, erano le prime a destare sospetti e a essere additate come causa di problemi da parte dei mariti<sup>44</sup>. Alessandro A. lavorava come agente di consegna e viveva, insieme alla moglie, in condizioni economiche del tutto rispettabili fino a quando, poco prima di essere internato in manicomio come lipemaniaco, era caduto in

<sup>43</sup> G. Bonomo, *Caccia alle streghe*, cit., pp. 203-206. Cfr. anche F. Romano, *Corpi in disordine: possessioni e identità femminili*, in "La ricerca folklorica", 50 (2004), pp. 75-83.

<sup>44</sup> Paola Elisabetta Simeoni ha sottolineato come nei racconti delle allucinazioni e dei deliri dei malati romani la colpa di tutti i problemi venisse attribuita a fatture, stregonerie, malocchio legate soprattutto ai rapporti di coppia e che ciò denoterebbe, fra le altre cose, l'importanza della sfera riproduttiva all'interno della civiltà contadina. Cfr. P.E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici*, cit., pp. 167-183.

dissesto finanziario in seguito alla perdita del lavoro e aveva cacciato di casa la moglie per motivi non meglio precisati nell'anamnesi. Durante il suo esame psichico le ragioni del suo malessere furono descritte così:

I sentimenti sono ben manifesti; l'affettivo spicca parlando al malato dei propri figli; al loro ricordo si commuove, e mostra gran rincrescimento di non poter stare insieme ad essi; per la moglie sente la più grande avversione e nello stesso tempo ne à [sic] timore; separatosi da lei legalmente perché menava una vita non troppo corretta, ne teme la sua vendetta e crede che buona parte dei guai attuali e delle gravi strettezze finanziarie e l'impossibilità di trovare un collocamento siano effetto delle di lei persecuzioni, tantomeno che più di una volta, dubbioso di dover cadere in qualche agguato per opera di essa, andò alla delegazione di P.S. per reclamare il suo aiuto in tale frangente<sup>45</sup>.

Anche Pasquale S., anziano contadino lipemaniaco, riteneva che tutti i suoi guai fossero cominciati per mano di una donna, una figura comunque interna alla famiglia, e alimentati dai vicini di casa, comunità di riferimento della maggior parte dei pazienti<sup>46</sup>:

Ricorda benissimo di essere stato per tre volte nell'Ospedale di Pisa, e le prime due volte che vi fu riteneva sempre che fosse per una malia che gli aveva fatto la moglie di un suo nipote che conviveva con lui. Adesso pare che di tale malia cominci a ricredersi, ma qualche sospetto vi è sempre e accusa il prete del suo paese perché non si è adoperato, come si doveva, per chiarire le cose e rendere a lui la calma e la tranquillità. [...] I sentimenti religiosi appaiono ben tenaci e forti e oltre al farci sapere che non trascurava mai di pregare e di andare in Chiesa, ci viene a dire anche che è dopo la confessione che fece nel Natale che cominciò a confondersi, credendosi messo da parte dal prete del suo paese, nel momento che doveva sacramentarsi. Ma in realtà non è da questo fatto che si originò la sua malattia, in quanto che pare che idee di persecuzione, alimentate e mantenute da allucinazioni dello udito, datassero già da qualche anno, quando si credeva tormentato e offeso dai suoi vicini, che a suo dire nella notte sempre si facevano beffe di lui e lo insultavano e lo maltrattavano<sup>47</sup>.

Anche le madri, spesso accusate delle disavventure dei figli, potevano trasformarsi in mostri terribili, coinvolti nella cospirazione da parte della

<sup>45</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1735, Alessandro A., 1889, b. 12.

<sup>46</sup> I rapporti di vicinato erano spesso chiamati in causa nei racconti delle persecuzioni, dei litigi, dei malocchi. L'ideologia magica che la mal disposizione di un vicino o di un parente a vedere di buon occhio la prosperità altrui o la sua felicità nella vita familiare scatenasse invidia e risentimento, sarebbe tipica dell'esperienza di vita delle piccole comunità, soprattutto contadine, nelle quali i rapporti quotidiani e i tessuti di solidarietà resi necessari dalla cooperazione sono indispensabili e vitali. Cfr. G. Bonomo, *Caccia alle streghe*, cit., p. XCI.

<sup>47</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1755, Pasquale S., 1889, b. 12.

comunità di appartenenza. Giuseppe C. era un campagnolo celibe di 28 anni e soffriva di frenosi ipocondriaca quando venne internato per la prima volta, lamentando sempre grande spossatezza e non impegnandosi in alcun lavoro. Dopo essere stato dimesso guarito, tornò accompagnato da una modula informativa secondo la quale “accusava la madre, a lui affezionatissima, di volerlo avvelenare, di volergli togliere i visceri e appenderli dalla finestra e perciò egli inveiva contro di lei e l’ha minacciata di toglierle la vita”. Durante l’esame psichico non smentì affatto tali convinzioni: “persiste ad odiar la madre credendola veramente rea di avergli amministrato dell’arsenico, d’accordo con altri del paese i quali dice che si facevano giuoco di lui e andavano a visitarlo”<sup>48</sup>.

Anche qualora non facessero parte della cerchia di parenti, padrone, vicine, le donne erano, nelle fantasie e nei deliri degli uomini, attrici di poteri occulti dei quali non erano mai tacciati gli uomini. Augusto B. era originario di Ferrara, ma si era trasferito a Il Cairo, conquistandosi una posizione come cameriere capo in un lussuoso albergo della città. Malato di frenosi paralitica i medici annotavano di lui: “un amore deluso pare sia stato la causa occasionale. Si innamorò di una donna che gli faceva da maestra di Magnetismo e scambiando con lei che l’aveva abbandonato una cucitrice che per caso capitò nella locanda dove egli stava, ci si confuse talmente che divenne maniaco furioso”<sup>49</sup>. Qui la scena si era spostata in un ambiente esotico e caricata di *pathos* con l’accostamento fra una imprecisata figura femminile proveniente da una terra lontana e il fascino dell’occulto che essa amministrava.

Ancora, Luigi D. rintracciava nell’avvelenamento da parte di una donna, con l’ingresso di un elemento favolistico quale quello della pozione magica trasposto nella realtà contadina dalla quale proveniva, la causa del suo malessere:

ci conferma che prima era turbato frequentemente da visioni paurose, sentiva voci che lo chiamavano e lo rimproveravano, e, siccome non sa farsene ragione, ritiene che fossero dei suoi nemici che purtroppo ne conta molti, quantunque mai abbia fatto del male a nessuno. Crede d’essere perseguitato e che la sua malattia di nervi dipenda da una malia fattagli da una donna che per forza lo obbligò a bere un bicchiere di vino: infatti da quel tempo cominciò a sentirsi male a perdere la memoria, finché, incapace a trovare un poco di quiete, dovè andarsene allo spedale d’Arezzo<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 464, Giuseppe C., 1880, b. 4.

<sup>49</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 532, Augusto B., 1880, b. 4.

<sup>50</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1708, Luigi D., 1889, b. 12.

La contaminazione del vino era uno degli elementi tradizionali attraverso il quale le streghe compivano sortilegi durante le loro visite notturne alle case<sup>51</sup> e, infatti, il medesimo incantesimo venne subito, a loro dire, anche da altri pazienti. Gaetano C., che soffriva secondo i medici di mania acuta, raccontò che “una signora l’invitò in casa a mangiare una pasta dolce con un bicchiere di vino e che dopo aver mangiato ciò si sentì male perché era stato stregato”<sup>52</sup>.

Come prova dell’assoluto monopolio della maledizione da parte delle donne, possiamo notare che anche le mogli tradite potevano attribuire alle amanti dei mariti dei poteri occulti, riversando su di esse la propria delusione familiare. La storia di Sabatina P. in S., cinquantenne sposata con un mugnaio e internata nel 1889 per mania, presenta tutti i crismi di un delirio di persecuzione riconducibile alla distruzione della sua famiglia della quale accusava l’amante antagonista. Accusata di aver taciato il marito di una relazione incestuosa con la figlia, dichiarava di rendersi conto di aver commesso “atti folli”, ma di sentirsi bene al momento del ricovero e confidò i suoi problemi ai medici.

Come causa della sua attuale malattia ritiene che sia stato il dispiacere di aver veduto che suo marito, invece di pensare seriamente e con affetto alla sua numerosa famiglia, si confondeva con una donna, alla quale dava sia in denari che in oggetti tutto quanto poteva, non guardando ai sacrifici cui sottoponeva i suoi. Tale dolore pare che si sia aggravato col sopraggiungere di allucinazioni dell’udito, in quanto che ella assicura che, perduti i sonni, nella notte si sentiva maltrattare e si sentiva rivolgere alle orecchie parole che non sempre intendeva. Riguardo alle accuse che rivolgeva a suo marito e delle quali è tenuto parola nella modula informativa essa non ne conviene e crede che siano calunnie dell’amica di suo marito. Aggiunge poi che non è aliena dal ritenere che tutto il suo male possa dipendere da una malia, che le deve aver fatto quella donna che tresca con suo marito, per mezzo di un vezzo che le è stato rubato molti anni indietro<sup>53</sup>.

Anche qui l’elemento magico assume i toni di un rito ben preciso, consumato per mezzo di un oggetto appartenuto alla persona colpita dalla “malia”, termine equivalente della fattura, o malocchio, che sono gli elementi più ricorrenti nelle storie dei pazienti<sup>54</sup>. La vita di coppia e familiare

<sup>51</sup> G. Bonomo, *Caccia alle streghe*, cit., p. 96.

<sup>52</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1770, Gaetano C., 1889, b. 12.

<sup>53</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1334, Sabatina P. in S., 1889, b. 306.

<sup>54</sup> La fattura era l’elemento più diffuso fra le cause della follia anche per i pazienti romani, capace di dare espressione a un conflitto familiare o sociale. Cfr. V. Fiorino, *La fiaba e la follia*, cit., pp. 187-188.

si rivela perciò ancora particolarmente importante, soprattutto nei rapporti fra coniugi.

Rimane da precisare che se le donne potevano trasformarsi in fattucchiere, un marito indesiderato poteva diventare oggetto di terribili pensieri. Clementina S. era una colona di 34 anni, rimasta nubile fino a pochissimo tempo prima di essere internata nel 1880. Da piccola aveva sofferto di scrofolo, che le aveva lasciato notevoli cicatrici sul corpo, ebbe problemi di dismenorrea, si ammalò di polmonite e fu colpita anche da attacchi di *angina pectoris*. Probabilmente a causa della salute cagionevole, era rimasta da sola fino a soli 15 giorni prima di entrare al San Niccolò, quando aveva sposato, col solo rito religioso, un uomo più anziano, vedovo con figli.

Dopo due giorni che aveva lasciata la casa paterna fu presa da grande agitazione, malediva tutti, ricusava il cibo e la bevanda, inveiva contro i presenti e in specie con la madre che si recava a vederla. Tutto questo accadeva nella notte, nel giorno questi fenomeni si calmavano e la malata raccontava in parte ciò che aveva sofferto. Attribuiva tutto all'aver veduto un grosso Capro dal quale a stento si era potuta salvare e diceva lo sposo essere un diavolo, la madre una strega<sup>55</sup>.

Invocava la morte per sottrarsi alle proprie sofferenze, non voleva vedere nessuno e affermava di essere vergine. In questo caso non era un matrimonio tradito, ma un matrimonio indesiderato, lo shock di essersi ritrovata accanto a un uomo probabilmente non amato, ad assumere il volto della sofferenza, della colpa per essere stata deflorata e della mostuosità. Il Capro, veicolo per eccellenza delle streghe durante le scorribande notturne, rivelò a Clementina che le sue sofferenze erano provocate dal marito nelle vesti del quale si sarebbe sapientemente nascosto un diavolo da rifiutare, ma la colpevole di tutti i suoi disagi, probabilmente colei che l'aveva convinta a contrarre il matrimonio, era sua madre, la strega.

Anche le donne potevano incorrere nell'idea fissa e spaventosa della persecuzione perpetrata dal marito, ma in tal caso a prendere il posto di un potere occulto o una stregoneria era il timore che il consorte con tutta probabilità realmente incuteva. L'avversione delle donne verso il proprio coniuge per i torti subiti, come nel caso delle vittime di adulteri e violenze domestiche, si trasformavano in un delirio che aveva per protagonista una soggezione perpetua. Luisa S. in C. non era mai stata malata fino all'età di 39 anni quando venne ricoverata al manicomio. Il marito raccontò ai medici che la donna dovette fare una visita agli occhi in seguito alla quale le fu consigliata un'operazione chirurgica, probabilmente da lui caldeggiata. La donna ne ricevette "un'impressione morale forte", tanto che all'ospedale

<sup>55</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 313, Clementina S., 1880, b. 300.



fu trattenuta in osservazione. Una volta rimandata a casa tentò il suicidio gettandosi dalla finestra. In manicomio negava di aver attentato alla propria vita ed era convinta di parlare spesso col marito non presente, la notte non dormiva e faceva delle cose perché diceva essere lui a ordinarglielo, ricusava il vitto perché era sempre lui a imporglielo<sup>56</sup>.

## 5. Diavoli e taumaturghi

La persecuzione, oltre che alle streghe, poteva essere attribuita a una varietà di spiriti, demoni o soggetti imprecisati che avrebbero finito per uccidere il paziente e, nella maggior parte dei casi, trascinato nella vendetta anche la famiglia del perseguitato: se la persona si riteneva spacciata, era quasi inevitabile che tutta la sua famiglia lo fosse, in quanto percepita ancora una volta come unità inscindibile. Come Giovanni, Paolo L., giovane cocchiere in preda a delirio alcolico, che era:

preoccupato dall'idea che tutti lo vogliono avvelenare, si raccomanda perché abbiamo pietà di lui che salviamo la sua famiglia che è tanto disgraziata, dovendo scontare secondo lui una infinità di tormenti e di pene per le accuse che le sono state mosse, mentre sono tutti innocenti e non hanno commesso né infamità, né delitti<sup>57</sup>.

Nelle poche righe che riguardano il delirio di Paolo incontriamo ben altri tre *topoi* della persecuzione. Innanzitutto, la convinzione e preoccupazione di essere avvelenati era sempre dietro l'angolo, come si evince anche dalle storie dei ricoverati che credevano di essere stati stregati con un bicchiere di vino, ossia di essere colpiti laddove meno lo si aspettava. La morte per avvelenamento, subdola e invisibile, era temuta in modo particolare dai pazienti, che rifiutavano cibo e medicinali. Per coloro che soffrivano di questo particolare tipo di delirio l'essere rinchiusi in un istituto dove non avevano il benché minimo controllo su ciò che veniva loro offerto da mangiare, tantomeno sulla farmacopea alla quale venivano sottoposti, a loro del tutto ignota, risultava qualcosa di assolutamente scioccante. Sono i casi in cui i pazienti reagivano nella maniera peggiore all'internamento e alle cure, identificando nel personale medico e infermieristico gli attori della congiura contro di loro, nonché complici e tramiti della malvagità che li assaliva, inglobandoli fra le entità maligne che li tormentavano. Qui la lotta fra una scienza medica ancora solo in parte diffusa e la paura dell'invasione nella vita di persone che ben poco avevano avuto a che fare con la medi-

<sup>56</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 319, Luisa S. in C., 1880, b. 300.

<sup>57</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1711, Paolo L., 1889, b. 12.

cina e le cure è palese. Esempio in tal senso la storia di Anna V., nubile, quarantatreenne e madre. Ricoverata per un tumore purulento alla regione sacrale presso l'ospedale, si convinse che le suore e i medici le mettersero del veleno nei medicinali e nei pasti per farla morire. Venne così spedita al manicomio, dove lo psichiatra notò in lei:

ha un delirio di persecuzione ben sistematizzato e crede che tutti siano d'accordo per farle del danno. Sperava che cambiando ambiente la persecuzione cessasse, ma ora si è accorta che c'è tutta una lega fra i Medici dello Spedale e del Manicomio e che a lei non resterà più che morire. Rifiuta ogni medicamento perché sa che la dentro c'è tanto da farla morire senza che se ne accorga<sup>58</sup>.

La preoccupazione e la paura nei confronti dei medici si connotava soprattutto in senso femminile. Sembra infatti che le donne, qualora non ne idealizzassero le figure, tendessero maggiormente ad averne timore, o almeno a mostrarlo più frequentemente senza indugio, quasi a determinare una relazione ambivalente e fortemente dicotomica<sup>59</sup>. Mentre quella degli uomini assumeva spesso i toni di una reazione di coraggio e sfida all'autorità medica, le donne non si lasciavano avvicinare, ne erano spaventate, li ritenevano responsabili delle proprie sofferenze. Lo strumento manicomiale, così invasivo nella vita del paziente, non faceva che acuire le idee di persecuzione di chi viveva nella sensazione di essere agito dalla volontà altrui e aumentarne il senso di impotenza. Maria Antonia C. era nubile, attendente a casa, cinquantaquattrenne e maniaca. Aveva cominciato a essere triste, a non voler parlare con nessuno e dire di vedere diavoli in ogni individuo. In manicomio si rifiutava di essere visitata dai medici e ricusava anche il cibo mostrando loro il dito medio e affermando che erano dei diavoli, ma che non potevano ucciderla, poiché lei era già morta<sup>60</sup>.

La reazione al trattamento terapeutico medicalizzato poteva però essere di segno totalmente opposto, come nel caso di Paolo appunto, che arrivò a vedere nei medici dei taumaturghi in grado di salvare lui e la propria famiglia dai delitti dei quali era stato accusato, quasi come se si rivolgesse a dei sacerdoti. In questi casi la reazione si poneva sempre in contiguità e consequenzialità col mondo dal quale i pazienti provenivano e la medicina veniva inglobata in un sistema di credenze tradizionali. Quali fossero le colpe, i delitti o le infamità di cui i pazienti erano sicuri di essersi macchiati e così spesso rammentate, non si riesce quasi mai a capirlo. I medici di-

<sup>58</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1350, Anna V., 1889, b. 306.

<sup>59</sup> Anche Adriana Salviato ha sottolineato come le pazienti potevano riversare nei medici tutta la propria rabbia e frustrazione, identificandoli come responsabili delle loro pene (A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi*, cit., pp. 84-85).

<sup>60</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 303, Maria Antonia C., 1880, b. 300.

chiaravano spesso il mutismo dei ricoverati in tal senso o la loro incapacità a comprendere l'entità di tali e tanti peccati, non attribuendo però una grande importanza alla loro qualità. La richiesta di aiuto da parte degli internati è ciononostante ben percepibile. La supplica verso i medici ricorre in maniera frequente nella cartelle, a loro i pazienti si rivolgevano come a delle figure superiori in grado di salvarli non dalla propria malattia, ma dal proprio destino di peccatori, perseguitati, posseduti; confessavano le proprie colpe nella speranza che essi esercitassero su di loro una guarigione dal sapore rituale, operando quel "transfert di sacralità"<sup>61</sup> dall'ambito sacro e religioso ad un contesto più moderno, tipico dell'età contemporanea.

Durante l'esame psichico di Valente S., giovane colono celibe e considerato lipemaniaco, i medici riuscirono a carpire dai discorsi estremamente confusi le sue raccomandazioni affinché essi avessero *misericordia* di lui perché, credendosi dannato, desiderava chiedere perdono per i suoi peccati e compiere penitenza. Il linguaggio utilizzato, con la richiesta di misericordia, è ancora una volta completamente mutuato dalla sfera semantica religiosa. Ma in cosa consisteva il suo peccato?

Egli da vario tempo si abbandonava alla venere solitaria e pochi giorni addietro ha fatto un sogno dove gli è comparso Iddio e la Madonna, che gli hanno insieme promesso di fargli sposare la sua padroncina. Svegliatosi da questo sogno pare che abbia cominciato con la sua mente a fantasticare e pensando a qualche brutta azione commessa, come quella di essersi appropriato qualche volta di cose che non gli appartenevano, sopraggiunsero degli scrupoli di coscienza e dei rimorsi, tanto che gli sembrava impossibile che Dio volesse assegnargli in sposa la sua padroncina, e andato un giorno in Chiesa per fare ammenda dei suoi peccati, afferma che il prete dall'altare gli gridasse che non era degno di stare in quel sacro luogo<sup>62</sup>.

Ritroviamo in un sogno il desiderio di possedere una donna, ma significativamente unito al senso di colpa per non sentirsi all'altezza e per

<sup>61</sup> Il concetto è di Daniel Fabre che ha osservato come il rito in particolare, in quanto insieme di gesti, parole, oggetti ordinato da un'autorità e inteso come risorsa sociale disponibile nel presente, può adattare la propria operatività in contesti diversi, secondo le situazioni contingenti e i significati socio-culturali che gli vengono attribuiti con la sostituzione di alcuni suoi elementi. Cfr. D. Fabre, *Il rito e le sue ragioni*, in *Oltre il folklore. Tradizioni popolari, e antropologia nella società contemporanea*, a cura di C. Clemente, F. Mugnaini, Roma, 2001, pp. 111-120. Anche Vinzia Fiorino ha raccolto cospicuo materiale sulle "pratiche rituali" che avrebbero da un lato influenzato la costruzione della medicina alienista del XIX, non immune da influssi di cultura e sapere popolare, come nel caso dei bagni, delle mignattazioni, delle continue purghe alle quali erano sottoposti i pazienti per espellere la malattia, dall'altro perpetrato nei pazienti una visione del medico come soggetto in grado di compiere su di loro tali atti ed aiutarli a liberarsi attraverso riti di purificazione appartenenti alla tradizione religiosa e popolare. Cfr. V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 200-205.

<sup>62</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1716, Valente S., 1889, b. 12.

i desideri sessuali avvertiti. Sentitosi rifiutato, probabilmente in maniera del tutto falsa, dalla Chiesa per i peccati commessi, si rivolse ai medici affinché risolvessero il suo problema, anche se certo di non poter in alcun modo rimediare alle proprie colpe e di non riuscire a rivedere i propri cari.

Esempio magistrale di delirio religioso e beffa nei confronti dei medici, percepiti senza paura ma del tutto incapaci di comprendere il suo disagio, è invece la storia di Giulio B., che ancora una volta mostra la distanza e un certo grado di incomprendimento fra pazienti e medici. Nel suo caso, l'arte medica e le convinzioni religiose, anziché incontrarsi nelle varianti già descritte, si scontravano nettamente nella convinzione che nessuno dei medici fosse in grado di comprendere il suo stato d'animo, tanto che, se si era fatto impressionare da ciarlatani e fattucchieri, non provò certo lo stesso condizionamento nei confronti delle terapie ricevute in manicomio.

Nel 1877 fu affetto da monomania religiosa. Consultò di frequente ciarlatani e fattucchieri e fu impressionato dalle loro risposte. Essendosi da alcuni di essi date delle medicine, sospettò che con queste lo volessero avvelenare. In seguito ebbe allucinazioni di vista e di udito. Vedeva demoni e serpenti, udiva insoliti rumori. Se vedeva un gatto o un cane era un suo nemico messo in questa forma. Tutti lo volevano morto. Diceva inoltre che da molto tempo non era a casa sua ma nell'Inferno<sup>63</sup>.

Giulio era stato ammesso al san Niccolò il 25 maggio 1880. Regolare nei comportamenti, ristabilito sia di fisico che di mente, annotava il medico il 14 luglio: "si può dire completamente ristabilito"; il 30 seguente "parte guarito". Appena il giorno dopo però, i medici si videro costretti a riceverlo nuovamente in manicomio e ad annotare che:

appena arrivato a casa il B. fece discorsi strani per cui disse che egli credeva sempre che gli spiriti fossero la causa dei suoi mali e che nel Manicomio non lo diceva perché se nò faceva ridere che però si confidava con un altro malato che aveva le sue stesse idee. Oggi stesso è ritornato in pieno stato di eccitamento maniaco ed abbiamo dovuto fissarlo nel letto. (Bagni tiepidi).

I medici non riuscirono mai a dissuadere Giulio dalle sue convinzioni con disciplina e bagni: lui continuava a vedere serpenti, gatti rossi, altre bestie tipiche dell'immaginario simbolico della stregoneria e della presenza diabolica, desiderando di gettarsi dalla finestra per sfuggire a uomini e animali. Fu dimesso e reinternato ancora una volta per finire i suoi giorni

<sup>63</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 455, Giulio B., 1880, b. 4.

in manicomio nel 1906 colpito da attacchi convulsivi, apoplezia cerebrale e pleurite.

Come nel suo caso, ritroviamo nei deliri a sfondo persecutorio tutta una serie di elementi che si riferiscono alla tradizione culturale del mondo magico e religioso. Il maligno infatti, si manifestava prima di tutto attraverso forme grandemente diffuse a livello di credenza popolare, avvertendo il fedele della propria presenza e della possibile azione. Il mondo animale in particolare, risultava ancora coinvolto nella simbologia rituale: il gatto era notoriamente un animale sotto le cui sembianze potevano presentarsi le streghe o il maligno stesso, i serpenti erano chiaramente il segno di peccato. Tutti gli avvertimenti coi quali i pazienti erano minacciati conducevano talvolta sul sentiero della dannazione vera e propria, accompagnata da sensi di colpa indescrivibili, nella convinzione che nulla potesse porre rimedio ai peccati commessi e che il giudizio universale si avvicinasse inesorabilmente, desiderio di compiere penitenze e riscattarsi. Domenico B., colono di 29 anni

cominciò a darsi a girare diversi paesi e nel frattempo buttava in aria dei sassi che poi lasciava ricadere sulla propria testa a penitenza dei propri peccati. Di notte uccise un capretto per vendicarsi del padrone di questo. Minacciò di uccidere il proprio fratello e di dar fuoco ai capanni delle famiglie prossime alla di lui abitazione. Infine salito sul tetto della propria casa si dette a levare i tegoli<sup>64</sup>.

Arrivò al manicomio nel maggio 1880 in stato di confusione mentale:

dice di esser dannato e manifesta i più strani propositi come di andare a piedi scalzi in terra santa ecc. Dice che uno dei suoi peccati fu quello di avere strozzato un capretto di un suo vicino del quale si voleva vendicare e ne parla come di cosa gravissima, sebbene dica che il capretto non lo rubò contentandosi di ammazzarlo<sup>65</sup>.

Trascorse la sua intera degenza a pregare, asserendo continuamente che tutti erano debitori a Dio, tutti peccatori che avrebbero dovuto compiere penitenza perché non degni dei benefici della provvidenza. Le continue privazioni alle quali si sottoponeva lo resero denutrito e prostrato, tanto che morì sei anni dopo all'interno dell'istituto.

Le storie incontrate finora si connotano per la presenza di paure nei confronti di soggetti che, fossero essi personaggi reali ai quali si attribuivano poteri speciali, come streghe tramite del diavolo e fattucchiere, medici,

<sup>64</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 453, Domenico B., b. 4.

<sup>65</sup> *Ibidem*.

o entità spiritiche e immateriali, incutevano timore e potevano agire nei confronti della persona soltanto dall'esterno, perpetrando rituali magici, avvelenando, avvertendo della propria presenza, giudicando e punendo, guidando pensieri ed azioni.

Vi erano però dei pazienti che esacerbavano la propria condizione nella convinzione di essere realmente posseduti dal demonio, penetrati e agiti dall'interno, in una battaglia che frammentava personalità, corpo e coscienza<sup>66</sup>.

Leopoldo M. fu più volte ricoverato in manicomio a causa della sua lipemania e aveva perfino tentato il suicidio annegandosi. Al suo ennesimo internamento nel 1880 fu ammesso con questa anamnesi: "il suo delirio è religioso credendo egli di avere il diavolo addosso. Questa volta ha cominciato ad esaltarsi parlando di Santi e Madonne e poi ha finito col disperarsi dicendo che non ci era per lui più rimedio, perché era dannato e preso dal demonio"<sup>67</sup>.

Oltre al demonio potevano accorrere altre entità soprannaturali a infestare il corpo dei malati. Massenzio B., anche lui celibe e colono,

uditi racconti di spiriti ne rimase impressionato. Ai primi di aprile andò allo spedale di Volterra ove diceva di sentire le sorelle proprie nel collo. Poi disse di sentire degli spiriti in corpo. Egli stesso ne artefaceva cambiandone il tono naturale, dicendo poi con naturalezza che erano gli spiriti che avevano parlato in quel modo. Ha manifestato tendenze suicide dicendo che quegli spiriti non lo avrebbero lasciato che alla sua morte<sup>68</sup>.

Anche lui si sottoponeva a penitenze rifiutando il cibo e divenendo sito-fobo e denutrito.

La dannazione e il sentirsi posseduti da entità immateriali potevano perciò riguardare anche gli uomini ma, sicuramente, la maggioranza delle possessioni era ancora appannaggio della componente femminile, che mostrava una propensione assolutamente più spiccata, tanto da apparire quasi naturale, verso la possessione diabolica. Erano infatti le donne che lo vedevano, lo sentivano, erano attraversate nella componente corporea, lottavano contro il demonio, dando luogo a episodi singolari. Savina M. in P. aveva fatto "abuso del pentimento religioso" e quando venne internata, interrogata per la compilazione dell'esame psichico, mostrò sentimenti religiosi pervertiti. Scrisse il medico: "bestemmia e sostiene che il demonio ha vinto su Dio e che è sempre stata del demonio, che senza saperci raccontare come

<sup>66</sup> Il riferimento a quello delle indemoniate come corpo multiplo è a M. Foucault, *Gli anormali*, cit., p. 184.

<sup>67</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 446, Leopoldo M., 1880, b. 4.

<sup>68</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 452, Massenzio B., 1880, b. 4.

è fatto, lo sente continuamente nel suo corpo e nel suo capo”<sup>69</sup>. Maria F. in B., sposata, trentaseienne e affetta da mania, si proponeva perfino nelle vesti di vera sacerdotessa e narrava ai medici che uomini di grande ingegno si apprestavano ad ascoltare le sue parole, da cui scaturivano libri molto interessanti. Figlia del peccato, raccontava “che suo padre l’avesse votata al diavolo nella comunione fra padre e madre e che per questo abbia sempre dovuto lottare contro il maligno. Il diavolo la comanda, ne sente la voce, le dice di non mangiare e vede persone strane”<sup>70</sup>.

Magistralmente intrecciate dal punto di vista simbolico, la possessione diabolica e la fragilità di un corpo fisicamente impuro perché soggetto alle mutazioni del ciclo mestruale, si incontrano nella storia di Margherita N., il cui disturbo psichico, fomentato da idee di persecuzione, veniva fatto coincidere espressamente con i suoi disturbi mestruali. Margherita aveva infatti 24 anni, era nubile e faceva la contadina quando arrivò al San Niccolò. Di lei venne annotato:

in questi ultimi anni ha sofferto di dispepsia, metrorragia, e febbri malariche. Fu in seguito ad una metrorragia che ebbe nell’anno scorso che dette i primi segni di alienazione mentale, dicendo di essere posseduta dalle streghe e di essere trasformata in diavolo. Dopo due giorni questo si dileguò, ma rimase molto preoccupata dei disturbi mestruali, che le sopraggiunsero. [...] Nel giugno, sempre impensierita dei disturbi mestruali incominciò a dire che era gravemente ammalata e che questa malattia le la avevano prodotta le streghe, che vedeva e sentiva continuamente. Oltre a ciò diceva di vedere fuoco e fiamme, si fece sospettosa, manifestava idee di persecuzione da parte dei suoi e non dormiva mai<sup>71</sup>.

Non tutti i pazienti rimanevano convinti dalle proprie idee di dannazione. Alcuni di loro vi incorrevano in preda alle sofferenze ma, in una commistione sincretica fra credenze popolari e rudimenti di sapere scientifico, finivano per riconoscerle quali sintomi di un disagio che certo rimaneva indefinibile. È difficile stabilire se il “ravvedimento” di questi pazienti fosse reale, ma rivela senz’altro che anche una visione razionale e più medicalizzata del disagio psichico poteva entrare a far parte del loro linguaggio e della loro vita, magari veicolata da persone appartenenti a classi sociali più elevate che venivano in contatto con i pazienti. Carlotta S. ad esempio aveva quarantatré anni quando venne ricoverata, aveva perso il lavoro di fattorina dopo una gravidanza seguita al concubinaggio col padrone della fattoria presso la quale lavorava e quello successivo di cameriera. Cominciò a soffrire di allucinazioni, sognando profezie sul giudizio che Dio aveva

<sup>69</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1388, Savina M. in P., 1889, b. 307.

<sup>70</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 279, Maria F. in B., 1880, b. 299.

<sup>71</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1400, Margherita N., 1889, b. 307.

già emesso su di lei, divenne estremamente devota, ma ai medici del San Niccolò dichiarò che lei stessa, sotto consiglio della sua vecchia padrona, si era infine fatta ricoverare “*per curarsi i nervi*”<sup>72</sup>. Giuseppa F., vedova sessantenne, venne portata a Siena perché diceva “d’essere indemoniata, di vedere le fiamme, sentire il letto che brucia ed avere il fuoco nel ventre”<sup>73</sup>. Durante un esame più approfondito però i suoi disagi emersero con tutta evidenza dai racconti. Diceva infatti di essere stata molto religiosa ma, nonostante la sua costanza e le preghiere continue, le cose le erano sempre andate male, quindi aveva smarrito la fede. Giuseppa non soltanto era rimasta vedova, in condizioni di povertà, ma aveva perso entrambi i figli e se ne era addolorata moltissimo. In realtà, come confessò ai medici: “non ha mai avute allucinazioni, né illusioni; non presenta idee deliranti e solo ci racconta sorridendo che altra volta, qualche mese fa, avviò a credere d’essere indemoniata e d’avere inghiottiti dei serpenti, ma che ora non vi pensa più e riconosce che quelle idee erano frutto della sua *mente ammalata*”<sup>74</sup>.

## 6. Verso nuove ossessioni

L’immaginario dei pazienti cominciava effettivamente a popolarsi di idee che non avevano nulla a che fare con il contesto popolare e religioso, rivelando tutta l’ambiguità di un periodo di transizione. Si tratta di deliri dal carattere molto moderno e che non hanno ancora la diffusione di quelli tradizionali, ma su cui vale la pena soffermarsi. Fra gli altri, tre mi sono sembrati particolarmente significativi, due relativi a pazienti uomini, uno a una donna, tutti e tre in condizioni di povertà e analfabetismo, ma, probabilmente in maniera non casuale, tutti residenti a Livorno e non provenienti da borghi contadini come la maggior parte del resto dei pazienti. Nelle loro storie alcuni elementi tradizionalmente parte dell’immaginario delirante si mescolano con altri del tutto inediti.

Giuseppa P. aveva 42 anni quando arrivò al manicomio ed era nubile. Nel racconto la perturbazione del suo equilibrio cominciava, come molti altri, con la maldicenza di una vicina di casa, la quale aveva sparso la voce che ella intrattenesse rapporti amorosi con uno dei fratelli. Da quel momento, il terrore della vicina e la vergogna cominciarono ad alimentare in lei allucinazioni di vista e udito con idee di persecuzione. Sosteneva che l’avessero mandata al Manicomio solo per invidia e che non era pazza, ma poi finì col riferire ai medici le sue preoccupazioni.

<sup>72</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 271, Carlotta S., 1880, b. 299.

<sup>73</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1406, Giuseppa F., 1889, b. 307.

<sup>74</sup> *Ibidem* (corsivo mio).



Giorni fa alla visita si lamentava del proprio stato di abbattimento, confessò di avere fino da quando era a casa delle allucinazioni di vista per le quali le sembrava di vedere e presentire senza vederle, delle persone sue vicinanti le quali stavano con un cannocchiale sul tetto della propria abitazione per spiare le sue più piccole azioni e in questo modo le producevano quell'inquietudine che essa provava e della quale essa non sapeva rendersi ragione. [...] Ha dato segno sempre di soffrire le solite allucinazioni visive, dirigendo talora parole insultanti alle finestre, alle quali crede che siano i suoi nemici, che da quelle la perseguitino<sup>75</sup>.

Le allucinazioni di Giuseppa colpiscono per la loro affinità con gli scopi di spionaggio e controllo di un potere perpetuo ma privo di materialità teorizzato a fine Settecento da Jeremy Bentham nell'edificio del Panopticon<sup>76</sup>. La struttura circolare, con celle nella fascia esterna, separate e disposte a raggiera, a formare uno spiazzo interno occupato dal quartiere centrale a forma di torre dal quale un ispettore potesse continuamente vigilare i reclusi, venne effettivamente preso a modello per la costruzione dei quartieri degli agitati in diversi manicomi. Il quartiere Conolly del manicomio senese ne è un esempio perfetto. Ma Giuseppa non aveva ancora potuto sperimentarlo e non ne conosceva l'esistenza.

Lo spionaggio nei confronti di Pietro Domenico G., bracciante, era molto più elaborato, amalgama di elementi tradizionali, come la convinzione di subire sevizie e martiri ingiustificati, e nuovi. Trasferitosi in Francia in cerca di lavoro, dette segni di alienazione mentale e fu ricoverato presso il manicomio di Aix en Provence. Quando venne dimesso per tornare in Italia finì di nuovo al San Niccolò in stato di lipemania. Ecco il racconto del suo esame psichico:

L'ammalato è assai abbattuto e addolorato. Alle interrogazioni che gli facciamo sulle prime presta pochissimo ascolto. Preoccupato com'è dall'idea di dover essere a momenti ammazzato, ma poi a poco a poco, acquistando un po' di fiducia, si riesce a fermare la sua attenzione e le risposte che ci da sono abbastanza pronte e chiare. Egli ritiene che una commissione americana, di cui prima che entrasse nel manicomio di Aix, erano quattro i componenti, si sia partita da Buenos-Ayres per l'Europa, allo scopo di assassinarlo, e, avutolo nelle mani, abbia messo in opera tutti quei mezzi che aveva per torturarlo e martirizzarlo,

<sup>75</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 369, Giuseppa P., 1880, b. 300.

<sup>76</sup> Del Panopticon come forma della microfisica del potere disciplinare si è occupato Foucault, che definisce un tipo di potere che "appartiene piuttosto all'ordine del sole, della luce perpetua: è l'illuminazione non materiale che si dirige indifferentemente su tutti coloro sui quali si esercita", costituendo un sapere permanente relativo all'individuo (M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 83). Per una descrizione e analisi ancora più dettagliata del progetto benthamiano J. Bentham, *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di M. Foucault, M. Perrot, Venezia, 1983.

tanto che a Bastia, con l'aiuto di una monaca questa commissione per due mesi e mezzo gli fece soffrire la più straziante fame e la più crudele sete. Ammesso nel manicomio di Aix dopo pochi giorni non ebbe più molestie e vi viveva tranquillo, godendo di una grande libertà, quando per il desiderio di rivedere e di riabbracciare la sua vecchia madre domandò di rimpatriare. Ottenuto il rimpatrio, a Genova, nel treno gli si presentò nuovamente dinanzi la solita commissione americana, non più composta da 4 individui, ma da sei e da quel momento non è stato più rilasciato ma con ogni sorta di ingiurie e di minacce, non trascurando i disprezzi peggiori, si sente perseguitato, e avvilito. Sono voci che lo tormentano, è il fumo che lo soffoca, la ghigliottina che lo attende. Esso si raccomanda a mani giunte che non lo lasciamo in balia dei suoi nemici, si protesta innocente, non sa di aver mai fatto del male a nessuno e non crede di meritarsi tante sevizie, tanti martiri<sup>77</sup>.

Del tutto innovativa è anche l'ossessione di Pietro A., commesso di 31 anni, internato con la diagnosi di frenosi sensoria, ma la cui malattia data da anni, quando cominciò a soffrire di idee di persecuzione nei confronti della famiglia dalla quale non si sentiva amato. A mano a mano ebbe l'impressione che le persone che incontrava per strada parlassero di lui, fino ad arrivare a credere che molti riuscissero a intuire i suoi pensieri senza che li avesse mai esternati. Così, dichiarava egli stesso ai medici di essere diventato "citrullo", dopo aver raggiunto il punto massimo della sua idea delirante, una possessione che nulla aveva a che vedere col più classico demonio, né con spiriti maligni e streghe, ma con un'essenza del tutto singolare e fresca di innovazione tecnologica. Si tratta evidentemente di un'entità spiritica percepita al femminile, una dea della quale egli diviene adepto, tanto da farlo rinunciare completamente anche alla pulsione sessuale. Gli uomini, come si è visto, non si sentivano quasi mai realmente penetrati dal demonio, più familiare alle donne, poiché tradizionalmente la possessione prevede che sia un'entità di sesso opposto a impadronirsi della persona. Così i medici riportarono ciò che gli accadeva:

Meravigliandosi per questi fatti che ogni giorno andava notando, tutto ad un tratto un giorno, che egli ben non ricorda, una voce gli ripercosse sulla testa e gli disse che era la luce, l'elettricità, una invenzione nuova. Da quel momento questa voce, che ora chiama forza occulta, ora Minerva, ora aria, lo padroneggia in tutte le sue azioni ed è questa che lo tiene ritto, che lo fa mangiare, camminare, dormire e senza di essa sente che non potrebbe vivere. Qualche volta però asserisce che è una persecuzione che gli viene fatta per mezzo di detta voce, ma è una persecuzione che subisce volentieri e che tollera facilmente. Da vario tempo molte altre voci lo molestano e talora gli sembra che anche dentro al suo

<sup>77</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1784, Pietro Domenico G., 1889, b. 12.

torace vi siano delle persone che gli dicono ladro, ma di queste egli non se ne fa alcun caso ed è sempre ad una sola voce che egli ubbidisce, e presta tutta la sua attenzione, per poter sempre rispettare la sua volontà. Così quando si sente dire di dimagrire egli digiuna [...] I sentimenti religiosi sono molto in difetto: assicura che una volta credeva in Dio, ma essendo ora incitrullito non sa più cosa vuol dire fede. La volontà è schiava della voce che gli fa fare quello che vuole e non vuol sapere di essere ammalato o di cercare qualche distrazione. L'istinto della conservazione è parecchio indebolito ed egli si suiciderebbe volentierissimo con qualche narcotico, ma la voce gli suggerisce che non si ammazzerà mai e che egli è una marionetta, una statua. L'istinto sessuale poi è quasi del tutto abolito ed essendosi provato più volte ad avvicinare donne non è giammai stato capace di compiere nulla, in quanto che non sente nulla. Pare però che un giorno una donna, in seguito a sua richiesta si provasse a masturbarlo, ma la voce gli impedì che compisse l'opera, perché altrimenti egli sarebbe stato rovinato<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Archivio Sanitario del San Niccolò, nosografia 1727, Pietro A., 1889, b. 12.



## Appendice

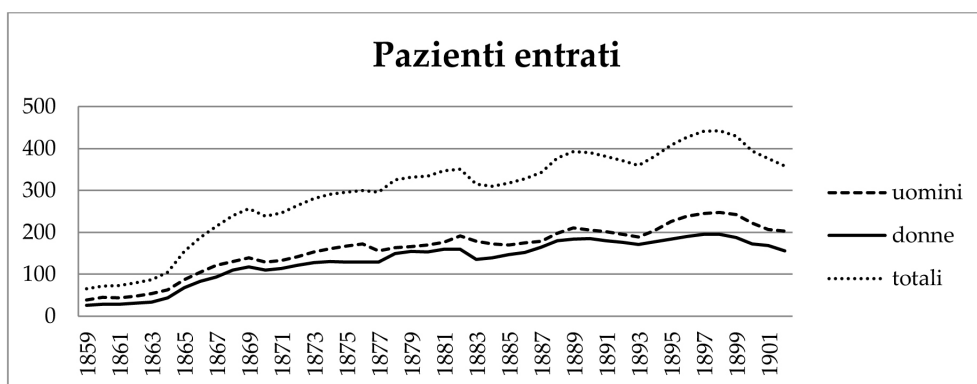
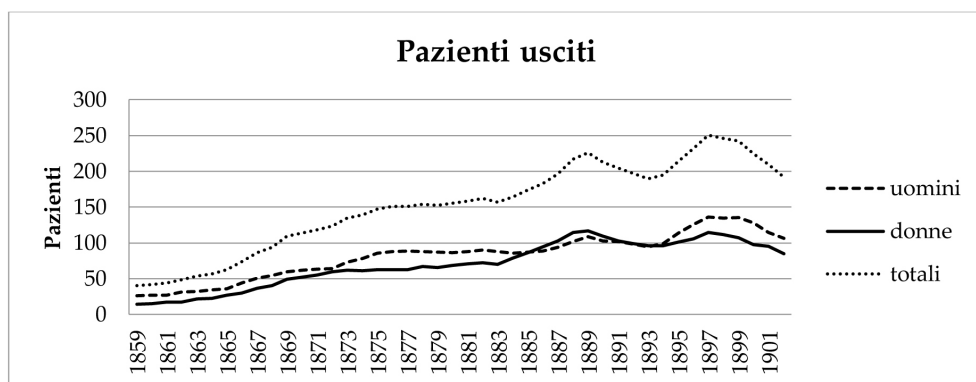
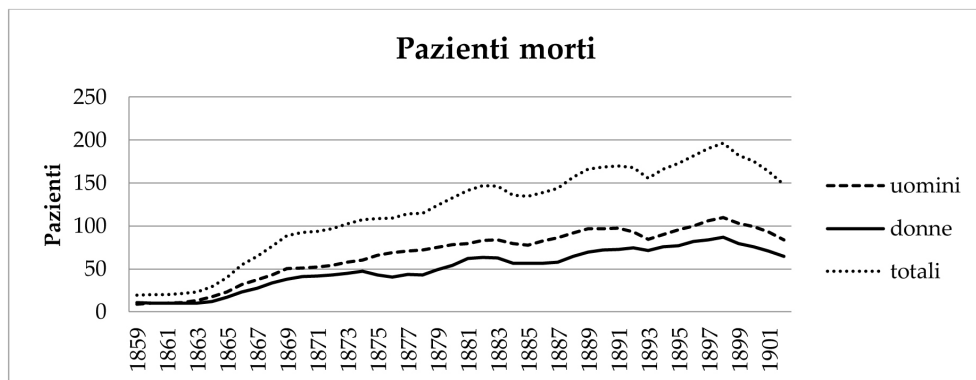


Grafico 1. Medie mobili quinquennali dei pazienti in entrata dal 1859. La crescita degli anni Settanta coincide con l'internamento dei pazienti pisani, livornesi e aretini, ma anche con le grandi opere di costruzione del nuovo manicomio. Elaborazione mia dai dati contenuti in A. D'Ormea, *L'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena della Società di Esecutori di Pie Disposizioni (1818-1934)*, Siena, Stabilimento arti grafiche S. Bernardino, 1935, pp. 153.



Grafici 2 e 3. Medie mobili quinquennali dei pazienti morti e usciti a partire dal 1859. Elaborazione mia dai dati contenuti in A. D'Ormea, *L'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena della Società di Esecutori di Pie Disposizioni (1818-1934)*, Siena, Stabilimento arti grafiche S. Bernardino, 1935, pp. 153.

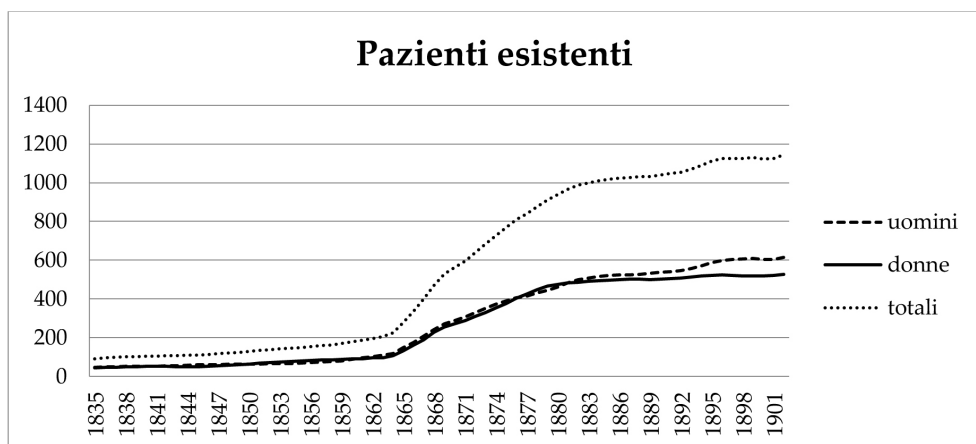


Grafico 4. Medie mobili dei pazienti esistenti al 31 dicembre di ogni anno a partire dal 1835. Elaborazione mia dai dati contenuti in A. D'Ormea, *L'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena della Società di Esecutori di Pie Disposizioni (1818-1934)*, Siena, Stabilimento arti grafiche S. Bernardino, 1935, pp. 153.

Tabella 1. Pazienti in entrata divisi per malattia. Elaborazione mia dai dati contenuti nella "Cronaca del manicomio di Siena", anno VII, n. 1, gennaio-aprile 1881; anno X, n. 1 gennaio-febbraio 1884; anno XIII, n. 1 gennaio-febbraio 1887; anno XVI, n. 1 gennaio-febbraio 1890.

Patologia	Pazienti in entrata divisi per malattia											
	1880			1883			1886			1889		
	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.
Imbecillità	9	5	14	7	10	17	10	5	15	7	3	109
Idiozia	2	2	4	0	1	1	4	3	7	1	2	3
Mania	39	27	66	26	28	54	37	31	68	34	24	58
Monomania	1	3	4	4	1	5	9	2	11	5	4	9
Lipemania	22	30	52	32	37	69	44	42	86	47	45	92
Demenza primitiva	13	16	29	10	7	17	1	1	2	3	2	5
Demenza consecutiva	10	7	17	7	2	9	11	4	15	2	3	5
Pazzia morale	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Follia circolare	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1
Frenosi sensoria	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Frenosi ipocondriaca	2	1	3	4	0	4	3	1	4	1	1	2
Frenosi isterica	0	6	6	0	10	10	0	12	12	2	19	21
Frenosi puerperale	0	0	0	0	6	6	0	3	3	0	12	12
Frenosi epilettica	17	6	23	32	12	44	19	16	35	19	16	35
Frenosi alcolica	12	2	14	17	0	17	16	0	16	17	1	18
Frenosi pellagrosa	2	6	8	2	8	10	3	5	8	5	3	8
Frenosi paralitica	20	7	27	21	6	27	17	3	20	19	4	23
Frenosi senile	10	7	17	14	16	30	9	7	16	12	10	22
<b>Tot.</b>	<b>161</b>	<b>127</b>	<b>288</b>	<b>182</b>	<b>145</b>	<b>327</b>	<b>184</b>	<b>135</b>	<b>319</b>	<b>175</b>	<b>150</b>	<b>325</b>
Malattia sifilitica				0	1	1						
Non allenati				4	0	4	1	1	2	2	2	4

Patologia	Pazienti esistenti divisi per malattia											
	1880				1883				1888			
	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.
Imbecillità	34	38	72	33	49	82	46	41	87	46	41	87
Idiozia	15	10	25	17	13	30	9	20	29	9	20	29
Mania	31	27	58	41	40	81	41	74	115	41	74	115
Monomania	9	4	13	11	6	17	24	7	31	24	7	31
Lipemanìa	10	25	35	34	55	89	76	89	165	76	89	165
Demenza primitiva	9	21	30	32	33	65	28	17	45	28	17	45
Demenza consecutiva	204	245	449	166	182	348	134	134	268	134	134	268
Pazzia morale	0	1	1	0	0	0						
Follia circolare	1	3	4	1	1	2						
Frenosi sensoria	5	3	8	8	3	11	11	2	13	11	2	13
Frenosi ipocondriaca	1	1	2	3	1	4	4	3	7	4	3	7
Frenosi isterica	0	9	9	2	18	20	1	36	37	1	36	37
Frenosi puerperale	0	0	0	0	6	6	0	12	12	0	12	12
Frenosi epilettica	56	41	97	71	55	126	85	54	139	85	54	139
Frenosi alcolica	12	2	14	19	0	19	31	1	32	31	1	32
Frenosi pellagrosa	0	6	6	4	5	9	3	3	6	3	3	6
Frenosi paralitica	21	12	33	31	11	42	20	7	27	20	7	27
Frenosi senile	4	9	13	3	14	17	2	5	7	2	5	7
<b>Tot.</b>	<b>415</b>	<b>458</b>	<b>873</b>	<b>482</b>	<b>495</b>	<b>977</b>	<b>515</b>	<b>505</b>	<b>1020</b>	<b>515</b>	<b>505</b>	<b>1020</b>

Tabella 2. Pazienti esistenti alla fine dell'anno divisi per malattia. Elaborazione mia dai dati contenuti nella "Cronaca del manicomio di Siena", anno VII, n. 1, gennaio-aprile 1881; anno X, n. 1 gennaio-febbraio 1884; anno XV, n. 1 gennaio-febbraio 1889.



Tabella 3. Pazienti morti ogni anno divisi per malattia. Elaborazione mia dai dati contenuti nella "Cronaca del manicomio di Siena", anno VII, n. 1, gennaio-aprile 1881; anno X, n. 1 gennaio-febbraio 1884; anno XIII, n. 1 gennaio-febbraio 1887; anno XVI, n. 1 gennaio-febbraio 1890.

Patologia	Pazienti morti divisi per patologia e sesso											
	1880			1883			1886			1889		
	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.	u.	d.	tot.
Imbecillità	2	1	3	2	3	5	4	3	7	6	5	11
Idiozia	1	0	1	2	0	2	6	0	6	2	1	3
Mania	4	1	2	7	9	16	7	6	13	5	6	11
Monomania	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Lipomania	4	3	8	5	6	14	12	10	22	13	8	21
Demenza primitiva	6	5	11	6	2	8	1	2	3	2	1	3
Demenza consecutiva	16	12	28	11	17	28	9	12	21	10	12	22
Pazzia morale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Follia circolare	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Frenosi sensoria	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
Frenosi ipocondriaca	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1
Frenosi isterica	0	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1
Frenosi puerperale	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Frenosi epilettica	8	4	10	14	9	24	15	9	24	15	4	19
Frenosi alcolica	2	0	2	4	0	4	3	1	4	3	0	3
Frenosi pellagrosa	2	0	2	0	5	5	2	3	5	2	2	4
Frenosi paralitica	14	4	18	28	8	36	18	6	24	17	6	23
Frenosi senile	9	2	11	13	16	29	5	7	12	8	7	15
<b>Tot.</b>	<b>72</b>	<b>33</b>	<b>105</b>	<b>92</b>	<b>79</b>	<b>171</b>	<b>83</b>	<b>63</b>	<b>146</b>	<b>84</b>	<b>57</b>	<b>141</b>

Malattia	Pazienti in uscita divisi per patologia, sesso e diagnosi											
	1880						1883					
	Guariti		Migliorati		Non migl.		Guariti		Migliorati		Non migl.	
u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	
Imbecillità	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
Idiozia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Mania	27	15	0	3	0	0	19	4	3	0	0	
Monomania	1	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	
Lipemania	13	10	0	2	1	0	19	5	9	0	0	
Demenza primitiva	8	5	2	3	0	0	3	1	2	0	0	
Demenza consecutiva	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	
Pazzia morale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Follia circolare	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	
Frenosi sensoria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Frenosi ipocondriaca	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	
Frenosi isterica	0	4	0	2	0	0	0	0	2	0	0	
Frenosi puerperale	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	
Frenosi epilettica	8	3	0	1	0	1	5	4	1	0	0	
Frenosi alcolica	9	2	0	0	0	0	16	0	0	0	0	
Frenosi pellagrosa	1	3	0	0	0	0	1	4	0	0	0	
Frenosi paralitica	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
Frenosi senile	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
<b>Tot.</b>	<b>71</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>71</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
Non alienati							3	0	0	0	0	

Patologia	Pazienti in uscita divisi per patologia, sesso e diagnosi												
	1886						1889						
	Guariti		Migliorati		Non migl.		Guariti		migliorati		Non migl.		
u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.	u.	d.		
Imbecillità	0	0	2	5	0	0	0	0	0	8	13	0	0
Idiozia	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	4
Mania	17	9	5	6	0	0	17	21	4	4	3	0	0
Monomania	5	0	1	2	1	0	4	1	0	0	2	0	0
Lipemania	18	18	7	6	1	3	13	15	11	11	12	0	1
Demenza primitiva	0	0	3	2	0	0	0	0	3	0	0	0	1
Demenza consecutiva	0	0	4	4	0	0	0	0	4	4	8	0	0
Pazzia morale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Follia circolare	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Frenosi sensoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frenosi ipocondriaca	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Frenosi isterica	1	4	0	2	0	0	0	7	0	0	7	0	0
Frenosi puerperale	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0
Frenosi epilettica	5	3	2	4	0	0	1	1	6	6	6	0	0
Frenosi alcolica	6	0	2	0	1	0	8	1	4	4	0	0	0
Frenosi pellagrosa	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Frenosi paralitica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Frenosi senile	0	0	0	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0
<b>Tot.</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Non alienati	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0

Tabella 6. Pazienti in entrata divisi per sesso, stato civile e provenienza. Mancano i bambini e coloro dei quali non si conosce o lo stato o la provenienza. ASSN, Uomini, b. 2, 3, 4, 12 e 13; Donne, b. 299, 300, 306, 307.

Pazienti divisi per stato civile e provenienza											
1880											
	Uomini						Donne				Tot.
	Celibi	Coniug.	Vedovi	Nubili	Coniug.	Vedove					
<b>Siena</b>	Città	2	6	1	7	5					22
	Prov.	19	12	3	9	15					60
<b>Arezzo</b>	Città	0	2	1	3	1					16
	Prov.	9	4	2	2	8					27
<b>Grosseto</b>	Città	2	0	0	0	0					2
	Prov.	5	2	1	4	2					15
<b>Livorno</b>	Città	11	11	2	6	4					39
	Prov.	3	1	0	0	3					9
<b>Pisa</b>	Città	4	3	1	3	0					14
	Prov.	10	6	2	3	16					37
<b>Altro</b>	Città	4	1	0	3	0					8
	Prov.	0	0	0	1	1					2
<b>1889</b>											
<b>Siena</b>	Città	5	2	1	3	2					14
	Prov.	20	17	1	3	17					63
<b>Arezzo</b>	Città	3	0	0	0	0					3
	Prov.	13	7	1	3	6					32
<b>Grosseto</b>	Città	0	0	0	0	0					0
	Prov.	5	4	0	4	13					28
<b>Livorno</b>	Città	12	11	1	3	4					34
	Prov.	2	2	0	3	1					9
<b>Pisa</b>	Città	5	5	1	5	1					19
	Prov.	10	6	3	6	12					40
<b>Altro</b>	Città	1	1	2	2	2					11
	Prov.	0	0	0	0	0					0

Tabella 7. Uomini in entrata divisi per stato civile e professioni. In questo caso sono stati tolti dal calcolo i bambini/adolescenti e in generale tutti coloro che non avevano una professione. ASSN, Uomini, b. 2, 3, 4, 12 e 13; Donne, b. 299, 300, 306, 307.

<b>Uomini, divisi per stato civile e professione</b>										
<b>1880</b>										
	<b>Numero</b>					<b>Età media</b>				
	Celibi	Coniugati	Vedovi	Tot.		Celibi	Coniugati	Vedovi	Tot.	
Coloni	17	13	3	<b>33</b>		36,94	45,92	58,66	<b>42,45</b>	
Braccianti	7	5	1	<b>13</b>		41,28	52,4	80	<b>48,53</b>	
Altri con.	7	7	1	<b>15</b>		28,28	47,57	70	<b>40,06</b>	
Altre prof.	38	22	7	<b>67</b>		34,21	49,27	54,57	<b>41,28</b>	
Tot.	69	47	12	<b>128</b>		35	48,42	59		
<b>1889</b>										
Coloni	18	9	1	<b>28</b>		41,27	53,88	50	<b>45,642</b>	
Braccianti	11	12	0	<b>23</b>		47,81	60,75	0	<b>54,56</b>	
Altri con.	8	5	1	<b>14</b>		29,875	38,2	65	<b>35,35</b>	
Altre prof.	37	34	4	<b>75</b>		33,72	45,55	70,75	<b>41,06</b>	
Tot.	74	60	6	<b>140</b>		37,24	49,23	66,33		

Pazienti divisi per sesso, fasce d'età e stato civile. ASSN, Uomini, b. 2, 3, 4, 12 e 13; Donne, b. 299, 300, 306, 307.										
Pazienti divisi per sesso, fasce d'età, stato civile										
Età	Uomini					Donne				
	Celibi	Coniugati	Vedovi	Tot.	Nubili	Coniugate	Vedove	Tot.		
	<b>1880</b>									
0-10	2	0	0	2	1	0	0	1		
11-20	10	0	0	10	5	0	0	5		
21-30	19	2	0	21	13	11	0	24		
31-40	23	9	1	33	10	12	2	24		
41-50	6	15	2	23	7	18	6	31		
51-60	6	8	5	19	1	8	2	11		
61-70	5	6	4	15	1	4	4	9		
71-80	0	1	1	2	0	1	3	4		
> 80	0	0	0	0	0	0	0	0		
<b>Tot.</b>	<b>71</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>125</b>	<b>38</b>	<b>54</b>	<b>17</b>	<b>109</b>		
<b>1889</b>										
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0		
11-20	11	0	0	11	7	1	0	8		
21-30	27	5	0	32	14	10	0	24		
31-40	13	13	0	26	5	21	2	28		
41-50	12	13	2	27	3	15	3	21		
51-60	9	16	0	25	4	9	6	19		
61-70	4	9	2	15	3	6	9	18		
71-80	2	3	1	6	0	0	2	2		
> 80	0	1	2	3	0	0	1	1		
<b>Tot.</b>	<b>78</b>	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>145</b>	<b>36</b>	<b>62</b>	<b>23</b>	<b>121</b>		

# Bibliografia

## 1. *Fonti*

### 1.1 *Fonti inedite*

Archivio Sanitario dell'ex Ospedale Psichiatrico San Niccolò

Busta 2, Uomini, 250-399, 1879/1880.

Busta 3, Uomini, 400-450, 1880.

Busta 4, Uomini, 451-600, 1880/1881.

Busta 12, Uomini, 1650-1800, 1888/1889.

Busta 13, Uomini, 1801-1950, 1889/1890.

Busta 299, Donne, 150-300, 1879/1880.

Busta 300, Donne, 301-450, 1880/1881.

Busta 306, Donne, 1200-1350, 1888/1889.

Busta 307, Donne, 1351-1500, 1889/1990.

Registro Statistico Uomini, Vol. 3, dal 30 luglio 1877 al 27 dicembre 1880.

Registro Statistico Uomini, Vol. 6, dal 16 maggio 1887 al 3 dicembre 1890.

Registro Statistico Donne, Vol. 3, dal 18 febbraio 1878 al 21 agosto 1882.

Registro Statistico Donne, Vol. 5, dal 1 gennaio 1887 al 12 novembre 1890.

### 1.2 *Fonti Edite*

#### 1.2.1 Periodici

“Cronaca del Manicomio di Siena”, anni 1877, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1887, 1890, 1894.

### 1.2.2. Libri e opuscoli

- ADRIANI R., *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia per gli anni 1874-1875-1876*, Perugia, Tip. Bertelli, 1877.
- ADRIANI R., *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia pel quadriennio 1877-1880*, Perugia, Tip. Bertelli, 1881.
- D'ORMEA A., *L'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena della Società di Esecutori di Pie Disposizioni (1818-1934)*, Siena, Stabilimento arti grafiche S. Bernardino, 1935.
- Del vecchio e del nuovo manicomio di S. Niccolò di Siena. Lettera del medico soprintendente professore Carlo Livi al professore Filippo Cardona*, Milano, Giuseppe Chiusi Editore, 1865.
- FUNAIOLI P., *Sulla paralisi progressiva. Studio statistico-clinico*, Siena, Tipografia C. Nava, 1898.
- GONZALES E., *Relazione statistico-sanitaria dei manicomi Provinciali di Milano dal 1 gennaio 1872 al 31 Dicembre 1878*, Milano, 1880.
- LIVI C., *Del manicomio di San Niccolò di Siena e relazione statistica del quinquennio 1859-1863*, Siena, Tip. del R. Istituto dei sordo-muti, 1864.
- LOLLI L., *Il Manicomio di Imola. Studi del Dottor Luigi Lolli. Parte prima, Statistica*, Imola, Galeati & figlio, 1874.
- Parole dette nella solenne distribuzione de' premi del dì 11 dicembre MDCCCLIX agli alunni del manicomio di S. Niccolò di Siena dal Prof. Carlo Livi medico direttore*, Prato, Tipografia Giachetti, 1859.
- RAGGI A., *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1880-1881*, Pavia, 1882.
- RAGGI A., *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1881-1882*, Pavia, 1883.
- RAGGI A., *Rendiconto statistico sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'Anno Amministrativo 1882-1883*, Pavia, 1884.
- Ricovero di Mendicità di Siena. Notizie Storico-Economiche Amministrative Statistiche dal 1817 al 1884*, Siena, Stabilimento Tipo-Litografico Carlo Nava, 1885.
- Statistica del manicomio di Fregionia presso Lucca*, Firenze, 1883.
- TODI G., *Note statistiche del Manicomio provinciale di Novara per l'anno 1880*, Novara, Tip. Novarese, 1881.
- VIRGILIO D.G., *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881*, Aversa, Tip. dell'Institutio Artistico, 1883.

## 2. Letteratura

- ACCATI L., *La legge della madre e la religione delle figlie. Considerazioni scientifiche e politiche, in Donne sante sante donne. Esperienza religiosa e storia di genere*, Torino, Rosenber & Sellier, 1996, pp. 37-58.
- ACCATI L., *Madre simbolica e madre reale. La controriforma dei sentimenti*, in *Donne sante sante donne. Esperienza religiosa e storia di genere*, Torino, Rosenber & Sellier, 1996, pp. 235-253.



- ANSELMIS S., *Mezzadri e mezzadrie nell'Italia centrale*, in *Storia dell'agricoltura italiana in età contemporanea*, a cura di P. BEVILACQUA, II, *Uomini e Classi*, pp. XXXI-893, pp. 201-259.
- ARRU A., *Protezione e legittimazione: come si usa il mestiere di serva nell'Ottocento*, in *Ragnatele di rapporti. Patronage e reti di relazione nella storia delle donne*, a cura di L. FERRANTE, M. PALAZZI, G. POMATA, Torino, Rosenberg & Sellier, 1988, pp. 381-416.
- BABINI V.P., *Il lato femminile della criminalità*, in V.P. BABINI, F. MINUZ, A. TAGLIAVINI, *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, Milano, Franco Angeli Editore, 1989, pp. 25-77.
- BABINI V.P., *Un altro genere. La costruzione scientifica della "natura femminile"*, in *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia. 1870-1945*, a cura di A. BURGIO, Bologna, Il Mulino, 1999, pp. 475-489.
- BABINI V.P., COTTI M., MINUZ F., TAGLIAVINI A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 1982, pp. 272.
- BABINI V.P., MINUZ F., TAGLIAVINI A., *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, Milano, Franco Angeli Editore, 1989, pp. 175.
- BANDETTINI P., *L'evoluzione demografica della Toscana dal 1810 al 1889*, Torino, ILTE, 1960, pp. XV-138.
- BARBAGLI M., *Sistemi di formazione della famiglia in Italia*, in *Popolazione, società e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII-XIX)*, Relazioni e comunicazioni presentate da Autori italiani al I Congrès Hispano Luso Italia de Demografia Històrica Barcellona, 22-25 aprile 1987, Bologna, Editrice CLUEB, 1990, pp. 720, pp. 3-43.
- BARBAGLI M., KERTZER D.I., *Storia della famiglia italiana 1750-1950*, Bologna, Il Mulino, 1992, pp. 367.
- BELLASSAI S., *La mascolinità contemporanea*, Roma, Carocci, 2004, pp. 127.
- BELLASSAI S., *Il nemico del cuore. La Nuova donna nell'immaginario maschile novecentesco*, in "Storicamente", 1 (2005), <http://www.storicamente.org/bellassai.htm>.
- BELLASSAI S., MALATESTA M. (a cura di), *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, Roma, M. Bulzoni Editore, 2000, pp. 343.
- BELL PESCE P., *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al Manicomio di Palermo (1890-1902)*, in "Genesis", 1 (2003), *Manie*, pp. 91-122.
- BENTHAM J., *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di M. FOUCAULT, M. PERROT, Venezia, 1983, pp. 256.
- BEVILACQUA P. (a cura di), *Storia dell'agricoltura italiana in età contemporanea*, II, *Uomini e Classi*, pp. XXXI-893.
- BIOTTI V., *Alle origini delle istituzioni manicomiali toscane: le "Stanze di Osservazione" degli Spedali Riuniti di Pisa a metà '800*, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, a cura di F. VANNOZZI, Siena, 30 settembre 1889, Siena, Tipografia della Provincia di Siena, 1990, pp. 243, pp. 175-207.

- BIOTTI V., *Folli senesi nel "Santa Dorotea de' Pazzereelli" di Firenze (1647-1788)*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. VANNOZZI, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254, pp. 19-48.
- BOCK G., *Le donne nella storia europea. Dal medioevo ai giorni nostri*, Roma-Bari, Laterza, 2001, [2000], pp. 490.
- BOCK G., NOBILI G. (a cura di), *Il corpo delle donne*, Ancona, Transeuropa, 1988, pp. 134.
- BONDI L., BURMAN E., *Women and Mental Health: A Feminist Review*, in "Feminist Review", 68 (2001), pp. 6-33.
- BONOMO G., *Caccia alle streghe. La credenza nelle streghe dal sec. XIII al XIX con particolare riferimento all'Italia*, pp. XCIII-548.
- BORTOLOTTI L., *Livorno dal 1748 al 1958. Profilo storico-urbanistico*, Firenze, Olshki, 1970, pp. 421.
- BORTOLOTTI L., *Siena*, in *Le città nella storia d'Italia*, Roma-Bari, Laterza, 1982, pp. 238.
- BRAVO A., *La Nuova Italia: madri fra oppressione ed emancipazione*, in *Storia della maternità*, a cura di M. D'AMELIA, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 389, pp. 138-183.
- BRAVO A., PELAJA M., PESCAROLO A., SCARAFFIA L., *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma-Bari, Laterza, 2001, pp. 208.
- BRESCHI M., MALANIMA P., *Demografia ed economia in Toscana: il lungo periodo (secoli XIV-XIX)*, pp. 36, [http://www.paolomalanima.it/default\\_files/Articles/Demografia\\_Toscana.pdf](http://www.paolomalanima.it/default_files/Articles/Demografia_Toscana.pdf).
- BUSFIELD J., *Men, Women and Madness: understanding Gender and Mental Disorder*, London, Palgrave Macmillan, 1996, pp. 301.
- BUSFIELD J., *Mentall Illness as Social Product or Social Construct: a Contradiction in Feminists' Arguments?*, in "Sociology of Health and Illness", 10 (1988), pp. 521-542.
- BUSFIELD J., *The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain*, in "Sociology", 28 (1994), pp. 259-277.
- CABIBBO S., *La santità femminile dinastica*, in *Donne e fede. Santità e vita religiosa in Italia*, a cura di L. SCARAFFIA, G. ZARRI, Roma-Bari, Laterza, 2009, pp. 552, pp. 399-418.
- CAFFIERO M., *Dall'esplosione mistica all'apostolato sociale (1650-1850)*, in *Donne e fede. Santità e vita religiosa in Italia*, a cura di L. SCARAFFIA, G. ZARRI, pp. 552, pp. 327-373.
- CALZIGNA M. (a cura di), *La follia, la norma, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, Venezia, Marsilio Editori, 1984, pp. 234.
- CALZIGNA M., TERZIAN H. (a cura di), *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, Venezia, Marsilio Editori, 1880, pp. 215.
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 254.
- CARDINI A., *La città irraggiungibile. Siena e il problema storico della modernizzazione (1799-1948)*, in "Studi senesi", CVIII (III Serie, XLV) (1996), pp. 417-461.

- CASALINI M., *Matrimonio e mobilità sociale delle servitù domestiche nella Firenze dell'Ottocento: una storia ambigua*, in *Disuguaglianze: stratificazione e mobilità sociale nelle popolazioni italiane (dal sec. XIV agli inizi del sec. XX)*, Tomo 1, Relazioni e comunicazioni presentate da autori italiani al II Congr  Hispano Luso Itali  de Demograf  Hist rica, Savona, 18-21 novembre 1992, Bologna, CLUEB, 1997, pp. 443, pp. 51-73.
- CASARINI M.P., *La "madrazza". Malattia e occultamento della gravidanza*, in *Il corpo delle donne*, a cura di G. BOCK, G. NOBILI, Ancona, Transeuropa, 1988, pp. 134, pp. 87-101.
- CHESLER P., *Le donne e la pazzia*, Torino, Einaudi, 1977 [1972], pp. 351.
- CHILETTI S., *Gravidanze nascoste. Narrazioni de corpo femminile nei processi per infanticidio tra Otto e Novecento*, in "Genesis", 1 (2013), pp. 141-161.
- Ci sar  una festa. Per una storia sociale della psichiatria*, in "L'indice dei libri del mese", 6 (giugno 2003).
- CLEMENTE P., *Caccia alle streghe e studi demologici*, in "La Ricerca Folklorica", 14 (1986), pp. 137-140.
- CLEMENTE C., MUGNAINI F. (a cura di), *Oltre il folklore. Tradizioni popolari, e antropologia nella societ  contemporanea*, Roma, Carocci, 2001, pp. 248.
- COLUCCI S., *Il San Niccol  di Siena da monastero francescano a villaggio manicomiale: storia, architettura e decorazione (1810-1950)*, in *San Niccol  di Siena. Storia di un villaggio manicomiale* a cura di F. VANNOZZI, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254, pp. 79-104.
- CONNELL R.W., *Maschilit . Identit  e trasformazioni del maschio occidentale*, Milano, Giacomo Feltrinelli Editore, 1996, pp. 194.
- COPPO P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 2003, pp. 274.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanit  in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Roma-Bari, Laterza, 1987, pp. 448.
- CREMONINI S., *Isteria e devianza femminile nella seconda met  dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalit  e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, a cura di A. PAVONE, P. SORCINELLI, Milano, Franco Angeli Editore, 1990, pp. 204, pp. 131-143.
- D'AMELIA M. (a cura di), *Storia della maternit *, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 389.
- DANIELE E. (a cura di), *Le Dimore di Pistoia e della Valdinievole. L'arte dell'abitare tra ville e residenze urbane*, Firenze, ALINEA editrice, 2004, pp. 368.
- DE BERNARDI A., *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, in *Folia, psichiatria e societ . Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, a cura di A. DE BERNARDI, Milano, Franco Angeli Editore, 1982, pp. 462, pp. 11-44.
- DE BERNARDI A., *Pellagra, stato e scienza medica*, in *Storia d'Italia, Annali, Malattia e medicina* a cura di F. DELLA PERUTA, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1293, pp. 679-704.

- DE BERNARDI A., *Pellagra e alcolismo: sviluppo capitalistico e trasformazioni nella configurazione sociale del ricovero psichiatrico (1780-1915)*, in A. DE BERNARDI, F. DE PERI, L. PANZERI, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli Editore, 1980, pp. 312, pp. 227-294.
- DE BERNARDI A., DE PERI F., PANZERI L., *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli Editore, 1980, pp. 312.
- DE GIORGIO M., *Raccontare un matrimonio moderno*, in M. DE GIORGIO, C. KLAPISCH ZUBER, *Storia del matrimonio*, Roma Bari, Laterza, 1996, pp. 481, pp. 307-390.
- DE GIORGIO M. E KLAPISCH ZUBER C., *Storia del matrimonio*, Roma Bari, Laterza, 1996, pp. 481.
- DE MARTINO E., *Il mondo magico*, Torino, Einaudi, 1948, pp. 264.
- DE MARTINO E., *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli, 1976, pp. 154.
- DE PERI F., *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia. Annali, Malattia e medicina a cura di F. DELLA PERUTA*, Torino, Einaudi, 1984, pp. XX-1293, pp. 1059-1140.
- DE PERI F., *L'ideologia manicomiale e la scienza psichiatrica tra XVII e XIX secolo in Europa*, in A. DE BERNARDI, F. DE PERI, L. PANZERI, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli Editore, 1980, pp. 312, pp. 55-107.
- DELLA PINA M., *Famiglia mezzadrile e celibato: le campagne di Prato nei secoli XVII e XVIII, in Popolazione, società e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII-XIX)*, Relazioni e comunicazioni presentate da Autori italiani al I Congrès Hispano Luso Itali  de Demografia Hist rica Barcellona, 22-25 aprile 1987, Bologna, Editrice CLUEB, 1990, pp. 720, pp. 126-139.
- DEVEREUX G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 1978, [1970], pp. 349.
- DONALDSON M., *What Is Hegemonic Masculinity?*, in "Theory and Society", *Masculinities*, 5 (1993), 643-657.
- DÖRNER K., *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma-Bari, Laterza, 1975, [1969], pp. 447.
- DOVERI A., *Sposi e famiglie nelle campagne pisane di fine '800. Un caso di matrimonio "mediterraneo?"*, in *Popolazione, societ  e ambiente. Temi di demografia storica italiana (secc. XVII-XIX)*, Relazioni e comunicazioni presentate da Autori italiani al I Congrès Hispano Luso Itali  de Demografia Hist rica Barcellona, 22-25 aprile 1987, Bologna, Editrice CLUEB, 1990, pp. 720, pp. 141-160.
- FABRE D., *Il rito e le sue ragioni*, in *Oltre il folklore. Tradizioni popolari, e antropologia nella societ  contemporanea*, a cura di C. CLEMENTE, F. MUGNAINI, Roma, Carocci, 2001, pp. 248, pp. 111-120.
- FANFERA E., *Biografie femminili e isteria nell'Ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, a cura di F. FEDELI BERNARDINI, vol. II, Bari, Dedalo, 1994, pp. 448, pp. 185-201.

- FEDELI BERNARDINI F. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, vol. II, Bari, Dedalo, 1994, pp. 448.
- FERRANTE L., PALAZZI M., POMATA G. (a cura di), *Ragnatele di rapporti. Patronage e reti di relazione nella storia delle donne*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1988, pp. 494.
- FILIPPINI N.M., *Il cittadino non nato e il corpo della madre*, in *Storia della maternità*, a cura di M. D'AMELIA, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 389, pp. 111-137.
- FIORANI M., *Bibliografia di storia della psichiatria italiana (1991-2010)*, Firenze, Firenze University Press, 2010, pp. 188.
- FIORINO V., *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in "Storica", 13 (1999), pp. 125-157.
- FIORINO V., *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. ALBERICO, G. FRANCHINI, E. LANDINI, E.M. PASSALIA, Genova, DISMEC, 2010, pp. 212, pp. 51-69.
- FIORINO V., *La fiaba e la follia. Rappresentazioni della malattia mentale (1850-1915)*, in "Genesis", 1 (2003), *Manie* pp. 179-205.
- FIORINO V., *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011, pp. 298.
- FIORINO V., *Matti, indemoniate, vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio Editore, 2002, pp. 254.
- FIUME G. (a cura di), *Madri: storia di un ruolo sociale*, Venezia, Marsilio, 1995, pp. 327.
- FIUME G., "Madri snaturate". *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri: storia di un ruolo sociale*, a cura di G. FIUME, Venezia, Marsilio, 1995, pp. 327, pp. 83-118.
- FIUME G., *Nuovi modelli e nuove codificazioni: madri e mogli tra Settecento e Ottocento*, in *Storia della maternità*, a cura di M. D'AMELIA, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 389, pp. 76-110.
- FOUCAULT M., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, Feltrinelli, 2000, [1976], pp. 322.
- FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004 [2003], pp. 407.
- FOUCAULT M., *La volontà di sapere. Storia della sessualità, I*, Milano, Feltrinelli, 1985 [1976], pp. 142.
- FOUCAULT M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 1976 [1975], pp. 340.
- FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli Editore, 1963 [1961], pp. 675.
- FRASCANI P., *L'ospedale moderno in Europa e negli Stati Uniti: riflessioni sulla recente storiografia*, in "Società e Storia", 52 (1991), pp. 405-416.
- FRAISS G., PERROT M. (a cura di), *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1991, pp. 614.

- FURLAN P.M., PICCI R.L., *Alcol, alcolici, alcolismo*, Torino, Bollati Boringheri, 1990, pp. 473.
- GATTEI G., *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in *Storia d'Italia, Annali, Malattia e medicina*, a cura di F. DELLA PERUTA, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1293, pp. 738-798.
- GEYMONAT L. (a cura di), *Storia del pensiero filosofico e scientifico*, IV, *L'Ottocento*, pp. 818.
- GHERARDI S., *I "mentecatti" aretini dal San Niccolò al Pionta*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. VANNOZZI, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254, pp. 197-218.
- GIACANELLI F., *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, introduzione a K. DÖRNER, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma-Bari, Laterza, 1975, pp. 447, V-XXXI, pp. XVI e XXIX.
- GIORDANO G.B., BREASCIANI S., *Il Manicomio di Lucca dall'unità a fine secolo*, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, a cura di F. VANNOZZI, Siena, 30 settembre 1889, Siena, Tipografia della Provincia di Siena, 1990, pp. 243, pp. 167-174.
- GIORDANO G.B., LAQUIDARA L., *Il manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, a cura di F. VANNOZZI, Siena, 30 settembre 1889, Siena, Tipografia della Provincia di Siena, 1990, pp. 243, pp. 144-157.
- GIUNTINI A., *Oltre la mezzadria*, in L. LOTTI (a cura di), *Storia della civiltà toscana*, V, *L'Ottocento*, Firenze, Le Monnier, 1998, pp. 504, pp. 217-246.
- GOFFMAN E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968 [1961], pp. 399.
- GOLDSTEIN J., *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge U.P., 1987, pp. XIII-414.
- GOLDSTEIN J., *Isteria complicata da estasi. Lo strano caso di Nanette Leroux*, Pisa, ETS, 2013, [2011], pp. 328.
- GOZZINI G., *Matrimonio e mobilità sociale nella Firenze di primo Ottocento*, in "Quaderni storici", 3 (1884), pp. 907-939.
- GUARNIERI P., *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 2006, [1988], pp. IX-244.
- GUARNIERI P., *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olshki, 1991, pp. 160.
- GUARNIERI P., *Matti in Famiglia. Custodia domestica e manicomio nella Provincia di Firenze (1866-1939)*, in "Studi Storici", 2 (2002), pp. 477-521.
- GUARNIERI P., *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, in "Contemporanea", 2 (2006), pp. 253-284.
- GUARNIERI P., POGLIANO C., *Il Positivismo*, in *La Storia. I grandi problemi dal Medioevo all'Età Contemporanea*, a cura di N. TRAFAGLIA, M. FIRPO, VII, *L'Età Contem-*

- poranea*, 2, *La Cultura*, Torino, UTET, 1988, pp. 857, pp. 283-311. HACKING I., *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, Carocci, 1998, pp. 249.
- HACKING I., *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard U.P., 1999, pp. X-261.
- HARSIN J., *Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France*, in "French Historical Studies", 4 (1992), pp. 1048-1070.
- HENRY G.W., ZILBOORG G., *Storia della psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1973 [1941], pp. 565.
- HIRSHBEIN L., *Sex and Gender in Psychiatry: A View from History*, in "Journal of Medical Humanities", 2 (2010), pp. 155-170.
- HOUSTON R.A., *Madness and Gender in the long Eighteenth Century*, in "Social History", 3 (2002), pp. 309-326.
- KNIBIEHLER Y., *Corpi e cuori*, in *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, a cura di G. FRAISSE, M. PERROT, Roma-Bari, Laterza, 1991, pp. 614, pp. 307-354.
- LAQUIDARA L., BRESCIANI S., *Il manicomio di Massa Carrara: storia di un progetto mai realizzato*, in *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, a cura di F. VANNOZZI, Siena, 30 settembre 1889, Siena, Tipografia della Provincia di Siena, 1990, pp. 243, pp. 211-222.
- LANZAVECCHIA P., LINGUA P., SINIGAGLIA G., *L'ospedale psichiatrico di Alessandria nel periodo 1850-1880: sviluppo ed area di reclutamento in ambiente urbano e rurale*, in *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, a cura di E. SORI, Milano, Franco Angeli Editore, 1982, pp. 515, pp. 487-500.
- LEONCINI A., *Per la storia delle origini del manicomio di Siena*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. VANNOZZI, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254, pp. 57-64.
- LEWIS I.M., *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, Napoli, Liguori, 1993, [1971], pp. 174.
- LIVI BACCI M., *Donna, fecondità e figli. Due secoli di storia demografica italiana*, Bologna, Il Mulino, 1980, pp. 397.
- MACCHI G., *Le malattie del sistema nervoso*, Padova, Piccin, 2006, pp. 1204.
- MARLAND H., *Maternity and Madness: Puerperal Insanity in the Nineteenth Century*, Center for the History of Medicine, University of Warwick, Coventry, 2003, <http://www.nursing.manchester.ac.uk/ukchnm/publications/seminarpapers/maternityandmadness.pdf>.
- MELOGRANI P. (a cura di), *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1988, pp. 712.
- MICALE M.S., *Approaching Hysteria. Disease and its interpretations*, Princeton, Princeton U.P., pp. XII-327, 1995.
- MINOIS G., *Piccola storia del diavolo*, Bologna, Il Mulino, 1999, [1998], pp. 124.
- MINUZ F., *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1860-1875)*, in V.P. BABINI, M. COTTI, F. MINUZ, A. TAGLIAVINI, *Tra sapere e potere. La psichiatria*

- italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 1982, pp. 272, pp. 27-134.
- MORI G., *Dall'unità alla guerra: aggregazione e disgregazione di un'area regionale*, in G. MORI (a cura di), *La Toscana in Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità a oggi*, Torino, Einaudi, 1986, pp. 1049, pp. 5-344.
- MOSSE G.L., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Torino, Einaudi, 1997, [1997], pp. 265.
- OTTANELLI A., *Le Ville Sbertoli. Da residenze signorili a casa di salute e ospedale neuropsichiatrico di Pistoia*, in *Le Dimore di Pistoia e della Valdiniievole. L'arte dell'abitare tra ville e residenze urbane*, a cura di E. DANIELE, Firenze, ALINEA, 2004, pp. 368.
- OTTANELLI A., *Le Ville Sbertoli da Casa di salute a Ospedale neuropsichiatrico provinciale*, Pisa, Pacini, 2013, pp. 190.
- PALAZZI M., *Solitudini femminili e patrilineaggio. Nubili e vedove fra Sette e Ottocento*, in *Storia della famiglia italiana, 1750-1950*, a cura di M. BARBAGLI, D.I. KERTZER, Bologna, Il Mulino, 1992, pp. 367, pp. 129-158.
- PANCINO C., *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Milano, Franco Angeli Editore, 1984, pp. 261.
- PANTOZZI G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche (1780-1980)*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson, 1994, pp. 204.
- PANZERI L., *Creazione ed evoluzione del sistema manicomiale di Milano tra la fine del '700 e la prima metà dell'800*, in *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, a cura di E. SORI, Milano, Franco Angeli Editore, 1982, pp. 515, pp. 475-485.
- PAVONE A., SORCINELLI P. (a cura di), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Milano, Franco Angeli Editore, 1990, pp. 204.
- PAZZAGLI C., *L'Agricoltura toscana nella prima metà dell'800. Tecniche di produzione e rapporti mezzadrili*, Firenze, Olschki, 1973, pp. 572.
- PAZZAGLI C., *La terra delle città. Le campagne toscane dell'Ottocento*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1992, pp. 258.
- PAZZAGLI C., *Questioni di storia dell'agricoltura toscana dal '700 a oggi*, in *Lezioni di storia Toscana*, Torino, Le Monnier, 1980, pp. 92-123.
- PELAJA M., *La promessa*, in *Storia del matrimonio*, a cura di M. DE GIORGIO, C. KLAPISCH ZUBER, Roma Bari, Laterza, 1996, pp. 481, pp. 391-416.
- PESCAROLO A., *Il lavoro e le risorse delle donne*, in A. BRAVO, M. PELAJA, A. PESCAROLO, L. SCARAFFIA, *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma-Bari, Laterza, 2001, pp. 208, pp. 127-177.
- PITCH T. (a cura di), *Diritto e rovescio. Studi sulle donne e il controllo sociale*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1987, pp. 300.
- PITCH T., *"There but for fortune". Le donne e il controllo sociale*, in *Diritto e rovescio. Studi sulle donne e il controllo sociale*, a cura di T. PITCH, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1987, pp. 300, pp. 5-30.



- QUÉTEL C., *Il mal francese*, Milano, Il saggiatore, 1993, [1986], pp. 335.
- RETTAROLI R., *Letà al matrimonio*, in *Storia della famiglia italiana, 1750-1950*, a cura di M. BARBAGLI, D.I. KERTZER, Bologna, Il Mulino, 1992, pp. 367, pp. 63-102.
- RICCI R., *I numeri dell'industria*, in *Storia della civiltà toscana*, a cura di L. LOTTI, V. L'Ottocento, Firenze, Le Monnier, 1998, pp. 504, pp. 235-246.
- ROMANO F., *Corpi in disordine: possessioni e identità femminili*, in "La ricerca folklorica", 50 (2004), pp. 75-83.
- ROSCIONI L., *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003, pp. 358.
- RUSSEL J.B., *Il diavolo nel mondo moderno*, Roma-Bari, Laterza, 1988 [1986], pp. 346.
- SALOMONE G., ARNONE R., *La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin*, in "Giornale italiano di psicopatologia", 15 (2009), pp. 75-88.
- SALVIATO A., *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia (1873-1904)*, in "Genesis", 1 (2003), *Manie*, pp. 63-90.
- SALSANO A., *L'archivio dell'isteria: la "Bibliothèque Diabolique"*, in *La follia, la norma, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. CALZIGNA, Venezia, Marsilio Editore, 1984, pp. 234, pp. 171-183.
- SANTI G., *Tornare a vivere: immagini della chiusura dell'Ex Ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena*, Città di Castello, Petrucci, 2000, pp. 148.
- SARTESCHI P., GUAZZELLI M., CITTADINI A., *I sistemi classificatori nell'ospedale di S. Maria della Pietà a Roma nella seconda metà dell'Ottocento*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, a cura di F. FEDELI BERNARDINI, vol. II, Bari, Dedalo, 1994, pp. 448, pp. 151-156.
- SAURER E., *La secolarizzazione dei peccati*, in *Donne sante sante donne. Esperienza religiosa e storia di genere*, Torino, Rosenber & Sellier, 1996, pp. 334, pp. 255-284.
- SCARAFFIA L., *Essere uomini, essere donne*, in *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, a cura di P. MELOGRANI, Roma-Bari, Laterza, 1988, pp. 712, pp. 193-258.
- SCARAFFIA L., *Essere uomo, essere donna*, in A. BRAVO, M. PELAJA, A. PESCAROLO, L. SCARAFFIA, *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma-Bari, Laterza, 2001, pp. 208, pp. 3-76.
- SCARAFFIA L., *"Il cristianesimo l'ha fatta libera, collocandola nella famiglia accanto all'uomo" (Dal 1850 alla "muliebri dignitatem")*, in *Donne e fede. Santità e vita religiosa in Italia*, a cura di L. SCARAFFIA, G. ZARRI, Roma-Bari, Laterza, 2009, pp. 552, pp. 441-493.
- SCARAFFIA L., ZARRI G. (a cura di), *Donne e fede. Santità e vita religiosa in Italia*, Bari-Roma, Laterza, 2009, pp. 552.
- SCHETTINI L., *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in "Dimensioni e Problemi della Ricerca Storica", 1 (2002), pp. 121-143.
- SCOTT J., *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, in "American Historical Review", 5 (1986), pp. 1053-75; trad. it. J. SCOTT, *Il genere: un'utile categoria di analisi storica*, in *Genere, politica, storia*, a cura di I. FAZIO, Roma, Viella, 2013, pp. 320, pp. 31-63.

- SEIDLER V., *Riscoprire la mascolinità. Sessualità, ragione, linguaggio*, Roma, Editori Riuniti, 1992, pp. 213.
- SELMINI R., *Il delitto incosciente. Storie di isteria nei processi per l'infanticidio*, in G. BOCK, G. NOBILI (a cura di), *Il corpo delle donne*, Ancona, Transeuropa, 1988, pp. 134, pp. 105-122.
- SELMINI R., *Profili di uno studio storico sull'infanticidio: esame di 31 processi per infanticidio giudicati dalla Corte d'Assise di Bologna dal 1880 al 1913*, Milano, Giuffrè, 1987, pp. 204.
- SHORTER E., *Psicosomatica: storia dei sintomi e della patologie dall'Ottocento a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1993 [1992], pp. 447.
- SHOWALTER E., *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londra, Virago Press, 1987, pp. 308.
- SIMEONI P.E., *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, a cura di F. FEDELI BERNARDINI, vol. II, Bari, Dedalo, 1994, pp. 448, pp. 167-183.
- SORI E. (a cura di), *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, Milano, Franco Angeli Editore, 1882, pp. 515.
- STOK F., *La formazione della psichiatria*, Roma, Il pensiero scientifico editore, 1981, pp. 188.
- SWAIN G., *Soggetto e follia. Pinel e la nascita della psichiatria moderna*, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1985 [1977], pp. 130.
- TAGLIAVINI A., *Il fondo oscuro dell'anima femminile*, in V.P. BABINI, F. MINUZ, A. TAGLIAVINI, *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, Milano, Franco Angeli Editore, 1989, pp. 175, pp. 78-99.
- TAGLIAVINI A., *"La scienza psichiatrica". La costruzione del sapere nei congressi della Società Italiana di Freniatria (1874-1907)*, in V.P. BABINI, M. COTTI, F. MINUZ, A. TAGLIAVINI, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 1982, pp. 272, pp. 77-134.
- TEMKIN O., *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore and London, Johns Hopkins U.P., 1994 [1945], pp. 467.
- TERZIAN H., *La formazione d'un archivio dell'emarginazione e della follia. Prospettiva di ricerca e riflessioni*, in *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, a cura di M. CALZIGNA, H. TERZIAN, Venezia, Marsilio Editori, 1880, pp. 215, pp. 17-52.
- THERIOT N., *Diagnosing Unnatural Motherhood. Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity'*, in "American Studies", 30 (1989), pp. 69-88.
- TOGNOTTI E., *Alcolismo e pensiero medico nell'Italia liberale*, in *La vite e il vino. Storia e diritto (secoli XI-XIX)*, II, a cura di M. DA PASSANO, A. MATTONE, F. MELE, P.F. SIMBULA, Roma, Carocci, 2000, pp. 1331, pp. 1237-1248.

- TOGNOTTI E., *L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'Aids (XV-XX sec.)*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 263.
- TOSH J., *Come dovrebbero affrontare la mascolinità gli storici?*, in *Genere. La costruzione sociale del maschile e del femminile*, a cura di S. PICCONE STELLA, C. SARACENO, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 383, pp. 67-94.
- TRASFORINI M.A., *L'isterica*, in *Diritto e rovescio. Studi sulle donne e il controllo sociale*, a cura di T. PITCH, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1887, pp. 300, pp. 257-273.
- TURNU M.C., GIANNI M., *Il disagio mentale a Verona fra restaurazione ed unificazione: una lettura territoriale delle devianze e la risposta istituzionale*, in *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, a cura di E. SORI, Milano, Franco Angeli Editore, 1882, pp. 515, pp. 455-474.
- VANNOZZI F. (a cura di), *Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, Siena, 30 settembre 1889, Siena, Tipografia della Provincia di Siena, 1990, pp. 243.
- VANNOZZI F., *Il percorso verso una scienza della mente: segregazione, cura, assistenza psichiatrica, igiene mentale*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. VANNOZZI, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254, pp. 133-144.
- VANNOZZI F. (a cura di) *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, Milano, Edizioni Mazzotta, 2007, pp. 254.
- VIGNI L., *Patrizi e bottegai a Siena sotto Napoleone: il notabilato urbano di primo Ottocento nell'economia, nella politica e nell'amministrazione*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1997, pp. 312.
- WALSH O., *Gender and Insanity in nineteenth-century Ireland*, in *Sex and Seclusion, Class and Custody - Perspectives on Gender and Class in the History of British Psychiatry*, a cura di J. ANDREWS, A. DIGBY, Clio Medica, 2004, pp. 69-93.
- WRIGHT D., *Delusions of Gender?: Lay Identification and Clinical Diagnosis of Insanity in Victorian England*, in *Sex and Seclusion, Class and Custody - Perspectives on Gender and Class in the History of British Psychiatry*, a cura di J. ANDREWS, A. DIGBY, Clio Medica, 2004, pp. 149-176.

### 3. Strumenti

- ANDREOLI V., CASSANO G.B., ROSSI R. (a cura di), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier, 2007, pp. 1032.
- BARALE F. (a cura di), *Psiche: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, 2 voll., pp. 1305.
- DEVOTO G., OLI G.C., *Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*, Firenze, Le Monnier, 2008.

### 4. Risorse online

<http://cartedalegare.filosofia.sns.it>

Finito di stampare nel mese di dicembre 2014  
da Tipografia Monteserra S.n.c. - Vicopisano  
per conto di Pisa University Press











# EX LIBRIS



Αριστοτέλης

Questo e-book appartiene a  
urpConsiglio regionale