

# **COSI' DI PAZZI**

## **LA REAL CASA DEI MATTI**

**Gaetano Bonanno**



**PROGETTO**

**CONTRARIA-MENTE GIORNALE**

*...a*

*A. Salvatore*  
*A. Angelo*  
*A. Calogero*  
*B. Maurizio*  
*B. Enza*  
*C. Giacomo*  
*D. G. Giovanni*  
*D. G. Maria*  
*D. M. Giovanni*  
*I. Giacomo*  
*I. Giovanni*  
*L. M. Alessandro*  
*L. M. Santina*  
*L. P. Rosario*  
*L. Fiorella*  
*L. C. Francesco*  
*M. Giovanni*  
*M. Filippo*  
*P. Francesco*  
*R. Giovanni*  
*S. Emanuele*  
*T. Andrea*  
*V. Guglielmo*  
*V. Mario*  
*G. Rosario*  
*A. Marianna*  
*B. C. Maria*  
*C. Provvidenza*  
*M. Maria*  
*P. Anna*  
*P. Francesca*  
*V. Calogera*

*...a...*

*...un ringraziamento va ancora ai miei amici Daniele ed Elisa,  
presenti in tutto il progetto Contraria-Mente, e a mia figlia Irene autrice  
del dipinto in copertina.*

- **introduzione alla seconda edizione**
- **la redazione**
- **un matto**
- **elettrochoc**
- **«banalità» la nostra vita**
- **di grazia - perché sono pazzo?**
- **di esclusione**
- **le due sicilie e... la restaurazione**
- **«il pisani» 1853**
- **«il pisani» 1883**
- **dalla materia al pensiero**
- **«il pisani» 1935**
- **esclusione scientifica al sud come al nord**
- **la custodia e la cura dei mentecatti**
- **società e follia in sicilia**
- **che si dice**
- **chi ha paura della distruzione?**

*Gaetano Bonanno  
dal Manicomio «P. Pisani»  
di Palermo, Feb. 1997*

Al National Institute of Mental Health americano, nel 1968, la cura favorita per la schizofrenia era la dialisi renale, due volte alla settimana, anche quando i reni dei sottoposti a trattamento erano normali. Gli psichiatri sostenevano che la dialisi guarisse. Era un dato scientifico. I protagonisti erano uomini di scienza convinti. A fianco della dialisi renale, anche in America, il coma insulinico, l'elettrochoc, la lobotomia frontale rappresentavano pratiche routinarie degli psichiatri; rendevano i pazienti quieti, facili da maneggiare.

Circa 10.000 *pazienti mentali* furono lobotomizzati, solo negli USA, nel 1950 e nel 1951. Erano tutte pratiche della Scienza. Gli scienziati, che praticavano tali terapie, erano i benefattori dell'umanità di allora.

Ecco la Psichiatria. Se prendiamo come riferimento del progresso e dell'emancipazione la sofferenza e l'idea che la vita può essere vissuta più agevolmente dove c'è meno sofferenza, dobbiamo concludere per un sicuro progresso ed una sicura emancipazione. Da subito; sin da quando, nel 1954, Smith, Kline & French iniziarono la commercializzazione della cloropromazina, col nome di Thorazine e, in Italia, col nome di Largactil.

La cloropromazina fu accompagnata dal messaggio e dalla promessa che *"vite perdute sarebbero state felicemente recuperate"*. Ricercatori francesi la usarono come anestetico da aggiungere per gli interventi chirurgici e poi per i pazienti maniacali. Questi, sotto l'effetto del farmaco, diventavano come zompi. Il primo psichiatra nord-americano che testò la cloropromazina, la approvò sottolineando che essa *"ha dato prova di essere un valido sostituto della lobotomia"*. Nonostante gli effetti collaterali negativi del farmaco, a paragone della lobotomia o del coma insulinico, che portava la persona alla soglia della morte per farla ritornare poi indietro, quelli erano considerati effetti

desiderabili.

*"Distruttivo"*. La diagnosi delle diagnosi; quella cioè che, prima di ogni altra conclusione, è propositiva di un trattamento; quella che fa sì che un individuo venisse dichiarato pazzo, rinchiuso, trattato, etichettato, stigmatizzato, non era quella della categoria diagnostica psichiatrica dell'elenco ufficiale delle diagnosi, specifica. Ce n'è una che accomuna ancora oggi la classificazione di tutti i pazzi del mondo e che giustifica tutti i trattamenti psichiatrici. Questa è quella di *"Distruttivo"*. Un aggettivo, un attributo. Alla persona non si dice: *è affetta da distruttività*. Molto più semplicemente, di lei, si dice: *è "distruttivo"*. Se questo attributo, normalmente perfino insignificante, viene pronunciato, specificato, attribuito da uno psichiatra, quella è una diagnosi. Solo dopo, eventualmente, si andava a sottilizzare per distinguere tra una distruttività e l'altra. Così il farmaco che, indipendentemente dalla tipologia di distruttività, potesse, in modo ripetibile, tranquillizzare i pazienti più *"distruttivi"*, fu considerato il benvenuto. E benvenuta è stata la cloropromazina.

Stiamo allora discutendo, in questo momento, mentre maneggiamo due concetti, quello di *"distruttivo"* (riferito al paziente) e quello di *"benvenuto"* (riferito al farmaco).

Stiamo potendo discutere in questi termini solo per il fatto che *il discorso prende una piega*, o meglio, per il fatto che *stiamo dando una piega al discorso*; ovvero, per il fatto che *stiamo dando, al discorso, un certo taglio*. In quale processo?

C'è il *"Distruttivo"*: *occorre una cura per il Distruttivo*;

c'è la cura: *la dialisi renale, il coma insulinico, l'elettrochoc, la lobotomia*;

c'è una logica: *una malattia organica a base biologica*;

c'è l'enorme sofferenza: *la sofferenza del trattamento*;

c'è un farmaco: *la cloropromazina*.

Nel discorso, il farmaco cambia il processo logico del discorso stesso lasciando sempre più simile a se stesso.

Tutto rimane come prima ma il “*benvenuto*” alla clorpromazina è giustificato dal fatto che, nonostante gli effetti collaterali, non c’è paragone tra la sofferenza provocata dalla lobotomia e quella, ridotta, provocata dalla clorpromazina. La distruttività della follia non si può curare, si può attenuare. Per attenuarla è preferibile utilizzare la clorpromazina all’elettroschoc, al coma insulinico, alla diagnosi renale, alla lobotomia frontale. È evidente la scelta per chiunque si trovasse posto tra queste due, date come alternative. Non ci sono dubbi che la scelta cade sulla clorpromazina. È un processo logico che una volta avviato tende a funzionare come moto perpetuo: trae da se stesso l’energia che lo deve alimentare e sostenere senza posa. Non sapevo che fosse così facile scoprire il moto perpetuo.

Proviamo allora a dare un taglio diverso al discorso, al procedimento logico del discorso; proviamo a far sì che il discorso prenda un’altra piega: proviamo ad affievolire quell’energia che lo autoalimenta diminuendo la voracità del buco nero creato dal moto perpetuo. Proviamo a smontare e rimontare diversamente gli elementi del discorso. Sono dolori. Perché su quel taglio del discorso si fonda l’impero della Psichiatria o meglio, il moto perpetuo della Psichiatria. Qualsiasi modalità, dalla più giocherellona a quella più indirizzata in una prospettiva scientifica, che si azzardasse solo lontanamente a tentare un taglio diverso del discorso viene immediatamente attaccata, repressa e, se possibile, distrutta. La piega del discorso è talmente fragile che è sufficiente appena un pur minimo tentativo per far crollare tutto il castello.

Non è difficile. Provare per credere. Basta per esempio incominciare a chiedersi l’origine del concetto diagnostico di “*Distrut-*

*tivo*” (caratteristica prima della follia) per vedere l’altro concetto assoluto di “*benvenuto*” incominciare a ballare la samba. Tiriamo fuori dalla gabbia relazionale, proprio manicomiale, i concetti di “clorpromazina” e “lobotomia” e liberiamoli. Lasciamo che tali elementi relazionali entrassero in relazione con tutti gli altri elementi del discorso e con altri ancora. È probabile ritrovarsi su un diverso spazio, una diversa occasione; su un più ossigenato altopiano. Forse continueremo a preferire la clorpromazina se posta come obbligata alternativa alla lobotomia. Ma, forse, potremmo anche riuscire a capire di come il discorso può prendere pieghe e tagli diversi, come la stessa inutile vita. Tutto ciò con meno danno alla vita e alla stessa Scienza. La vita è sicuramente una questione di scienza, ma è anche una questione di dignità oltre che di libertà. Dare al discorso un taglio diverso ci può dare l’occasione per un pensiero operativo? Certo che sì. Non possiamo deludere la nostra bramosia di capitalizzare il pensiero. Al punto che una diversa piega del discorso, quindi un metodo diverso, mi ha creato tutti quei problemi che da vent’anni incontro con tutti gli psichiatri che mi capitano nei vari servizi dove mi sono trovato a lavorare. Da un lato. Mentre, dall’altro, la dimostrazione, pratica e tangibile, che, anche nell’assistenza infermieristica, un taglio diverso permette a me e al paziente un inaspettato superamento di ostacoli e di conquistare occasioni relazionali dove lo psichiatra ha paura di mettere piedi se non riesce a possederli come esclusiva proprietà privata. In un circolo vizioso ciò ha comportato la mia esclusione, assieme a quella dei pazienti, e la repressione come premio.

Per molti anni in Salute Mentale mi hanno pagato con preghiera di non fare niente. Metafore? Le poche occasioni, rispetto a quelle che sarebbero state possibili, che ho avuto e che, sempre metaforicamente (*per gli imbecilli*) mi sono dovuto *rubare*, sono

state tutte brillanti e di successo fino all'intervenuto sabotaggio psichiatrico. Escluse e represses.

È solo di pochi mesi fa un'esperienza con uno psichiatra. Un vero amico. Peccato solo che si chiamasse come mio nonno il quale, come ho altrove detto, s'intendeva abbastanza di galline. Questi mi ha affidato, sotto la sua supervisione, un gruppo di pazienti in un gruppo pittura. Assistenza infermieristica in riabilitazione attraverso un'occasione di Promozione Relazionale. Mi affidava quelle persone, a suo stesso dire, perché tra le più cronicizzate e le più sconquassate. Un gruppo che stava andando a meraviglia e con quasi nessuna risorsa oltre che con proprio limitatissimi costi per l'azienda. Un gruppo che portava avanti tutta una serie di lavori nello stile e nelle tecniche dell'Informale e dell'Art Brut. La sua iniziale parvenza di ampia e progettata disponibilità durò poco: appena il tempo che il gruppo trovasse un suo migliore assestamento e senso. Quando il discorso incominciava a funzionare dimostrando a pieno i suoi frutti, rispetto a quelle che erano state le richieste dello stesso psichiatra, incominciano i lampi che annunciano la tempesta: *e non è che l'informale mi convinca molto; e... sei troppo impegnativo; e, sì, fai queste cose che... non strutturano niente; e, sì... gli fai fare "u quatriciaddhu"* [tradotto: *quadretto di poco conto; roba da niente*]; da una critica all'altra, un po' a porte aperte, un po' a porte chiuse, mi sono ritrovato con una richiesta di intervento dell'ufficio Procedimenti Disciplinari, con un trasferimento per "*incompatibilità ambientale*", con una squalifica della mia professione di fronte ai pazienti e agli estranei... e altro non dico. Mi sono trovato espulso dal gruppo di Promozione Relazionale, con il mio lavoro e quello dei pazienti disperso, col gruppo sospeso e chiuso, con la terapia riabilitativa interrotta. Tutto ciò in un Centro Diurno di Salute mentale. È bastato un pretesto che in bocca ad una psi-

chiatra è diventato parola divina. Non vado oltre perché non è questo il discorso.

Allora, immediatamente, una diversa piega del discorso, che è anche un diverso taglio relazionale, è anche un'occasione operativa che può portare a piccoli, modesti ma significativi processi emancipativi... perfino dalla Psichiatria. La repressione che, come conseguenza si scatena, credo sia proprio il segno, il sintomo della facilità con cui la piega di quel castello può traballare. Cose turche? No. Cose della Psichiatria. Non per niente dagli Anni Sessanta in poi un rivolgimento a più livelli ha attaccato la Psichiatria coagulandosi, più o meno contraddittoriamente, nel progetto di Tutela della Salute Mentale. Dove la Psichiatria resiste, rinnovata nella sua logica, rimane quella di sempre sia nei confronti dell'infermiere che del paziente.

All'interno di tale logica cambia lo stesso senso e il significato della clorpromazina. Questa comincia ad uscire dalla sua relazione esclusiva farmaco/lobotomia e comincia a relazionarsi e a perdere molte delle stesse potenzialità terapeutiche che prometteva. Il valore e il significato del farmaco, come di qualsiasi altro tipo di trattamento, non è mai assoluto, oggettivo ed oggettuale né tantomeno deterministico. Cose troppo frastornanti per quello che si richiede all'infermiere che lavora in Psichiatria. Meno frastornante per l'infermiere che si trova a lavorare in Salute Mentale con presa di coscienza, consapevolezza, con un pensiero proprio e non preso a prestito dalla Psichiatria. Questo pensiero disturba perché, oltre ad essere operativa, è terapeutico più della stessa clorpromazina. E la prima funzione dell'infermiere, all'interno di una logica del prendersi cura, per cui è tra l'altro... male, sì, ma pagato, non è proprio quella di prestare assistenza infermieristica terapeutica?

Capire che cos'è stata e cos'è per molti aspetti ancora oggi la Psichiatria è il

primo atto terapeutico assistenziale che l'infermiere deve cogliere alla base di ogni altra prestazione infermieristica. Detto in altri termini, l'infermiere che non sa che cos'è la Psichiatria al massimo potrà prestare un'assistenza monca, priva della basi fondamentali che gli impediranno la conquista, la comprensione, la pratica, la difesa di quelle che la Salute Mentale ha chiamato *le buone pratiche*. Ancora con altre parole, continuerà a produrre altro manicomio.

È del 1997 la prima redazione a Palermo dell'opuscolo «*Così di pazzi – La Real Casa dei Matti*». I primi mesi del 1997 mi trovai a frequentare, da infermiere, il manicomio "P. Pisani" di Palermo. Era stato in seguito ad un incarico per un'indagine volta alla conoscenza individuale di un gruppo di persone, ivi rinchiusi, originarie della zona di competenza della ex Usl n° 52 di Bagheria, dove erano stati destinati a rientrare.

Il capire cosa succede in Psichiatria non è un'esclusiva dell'infermiere; ma la professione infermieristica, che è la mia professione, mi ha sicuramente aiutato a capire, meglio di altri, che cosa succede in Psichiatria. Tale comprensione mi ha permesso anche di funzionare come infermiere compagno di viaggio per tante persone con Disagio Relazionale e di evitare quelle pratiche che, lungi dall'essere sanitarie, d'assistenza e d'empatia, mi avrebbero trasformato da infermiere a guardiano e controllore dei malati. Non è semplice; dove mi sono rifiutato di essere guardiano, controllore, cieco esecutore di ordini, utile idiota subalterno nelle mani di uno psichiatra, sono stato spesso isolato, escluso, etichettato, stigmatizzato, deriso, represso.

Non si può né si deve ignorare l'istituzione totale, il suo significato sociale in relazione alla tipologia di società, i suoi effetti in esclusione, sofferenza, sangue e morte, in privazione di libertà, in distruzione di individui; si presentasse come carcere, come

manicomio concentrazionario o diffuso sul territorio, come istituzione per la prevenzione della *devianza sociale*.

Il significato dell'istituzione totale manicomiale non lo può ignorare, né lo deve, prima di tutto l'operatore che oggi si trova a lavorare nei settori dei Servizi Territoriali per la Tutela della Salute Mentale. Se l'infermiere vuole che la sua professione rimanga d'aiuto e d'assistenza alla persona che soffre di un qualche Disagio Relazionale (quale ne sia la base, il substrato e il significato biologico) e non si trasformi in una pratica di complicità con una Psichiatria che, per riciclarsi, non s'è fatta scrupoli nel sabotare anche quanto di buono poteva proporre la stessa 180, non può né deve dimenticare che cosa sia stato il manicomio e che cosa sia ancora oggi in quanto diffuso sul territorio.

È proprio da tale consapevolezza e presa di coscienza che può nascere il bisogno di abbandonare il controllo del malato per avviare sempre nuovi processi d'assistenza emancipativi e di qualità. È da tale consapevolezza che si sviluppa anche nell'infermiere quella particolare sensibilità a capire quando, anche all'interno della Salute Mentale, si stia continuando a praticare e produrre manicomio. Per tale consapevolezza e presa di coscienza l'infermiere merita non solo l'attacco della Psichiatria ma della stessa azienda che a fianco della Psichiatria si trova schierata. C'è troppa distanza tra la presa di coscienza dell'infermiere e la logica e i tempi della Psichiatria e dell'Azienda: l'infermiere deve immediatamente eseguire *le buone pratiche* della Salute Mentale nei confronti delle persone con Disagio Relazionale che ha in assistenza e questo per più di un motivo, non ultimo per quello professionale, deontologico, legale; mentre la Psichiatria e l'Azienda hanno tutt'altri ritmi d'adeguamento alla stessa legislatura. L'infermiere non può dire al paziente: ti fornisco un'assistenza di secondo taglio perché né la Psichiatria né l'Azienda hanno avuto il tem-

po di adeguarsi ad un'assistenza di qualità.

È da tale consapevolezza che, dove la produzione di manicomio continua, diventa necessaria, a fianco di una proposta ed una pratica assistenziale sempre di qualità, anche la denuncia del manicomio. Denuncia necessaria anche quando provoca la fragile sensibilità di psichiatri che non vogliono scomodarsi più di tanto dalle poltrone a cui sono tanto legati.

Annalisa Silvestro (Presidente della Federazione Collegi Ipasvi) al XIV Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, tenutosi a Roma nell'ottobre del 2005, dice che: «*non è nostra consuetudine lanciare ultimatum perché siamo formati e abituati al confronto, non allo scontro.*» Ma: «*gli infermieri italiani [...] sono stanchi di attendere che il sistema si deteriori ulteriormente per intervenire.*» Alla Silvestro però sembra sfuggire un qualcosa di essenziale sullo “scontro” degli infermieri con la “Sanità” e in particolare in un settore del tutto particolare della Sanità qual è quello della tutela della Salute Mentale. Lo scontro dell'infermiere non è quello delle barricate né quello dello sciopero né quello proposto dalla diagnosi di *incompatibilità ambientale*. Oggi in modo particolare è un altro il senso dello “scontro”: diventa immediatamente causa di “scontro” solo ed esclusivamente anche il tentativo di prestare un'assistenza professionale di qualità e anche quando si dimostra che quel tentativo, sabotato in tutti i modi, è riuscito perfino a portare evidenti e constatabili risultati in salute. Oggi (la mia esperienza è quella della Salute Mentale in Sicilia ma non solo) l'infermiere che vuole lavorare bene, non accettando nessuna complicità, né nessuna richiesta incompatibile sia con il proprio codice deontologico, col proprio profilo professionale e con quanto la stessa 180 richiede all'infermiere che lavora in Salute Mentale, diventa immediatamente un pericolo, da isolare, da escludere, da etichettare, da reprimere, da mantenere in una condi-

zione di violento attacco materiale e psicologico continuo.

È chiaro che uno psichiatra abituato ad una logica manicomiale mal sopporta l'infermiere che rivendica un'assistenza di qualità nell'autonomia professionale. Su questo punto sono stato sempre chiaro e non ci sono equivoci: ritengo che un medico psichiatra che, in Salute Mentale, nei confronti di un infermiere più che in una logica della collaborazione e dell'integrazione, si pone in una logica di potere (*come avviene nei confronti degli stessi psicologi*) mirante non solo a misconoscere l'autonomia professionale dell'infermiere ma anche a ridurre questi a sua subordinazione, lo fa non per dovere d'ufficio, non per dovere d'azienda, non per dovere di professione, non per codice deontologico ma lo fa solo ed esclusivamente per una questione culturale, cosa che non attenua per niente le sue responsabilità. Questo psichiatra non è in grado di sopportare un infermiere che si fa rispettare, che promuove un'assistenza di qualità, che è critico rispetto alla miseria delle risorse, alle pratiche del manicomio, alla carente formazione, alla inadeguatezza delle strutture, alla pratica dei TSO. Ma la cultura psichiatria è grande ed ha un enorme bagaglio di pratiche e conoscenze di strategie della repressione. Allora è semplice trasformare quell'infermiere, da professionista autonomo che presta e promuove la sua professione con attenzione, impegno e spirito di abnegazione, a: “*distru-tivo*”, “*conflittuale*”, “*troppo impegnativo*”, “*iperelaborante*”, “*paramedico*”, “*incompatibile ambientale*”.

Per non dimenticare. Già nel 1996, a Palermo, dai DSM venivano scacciati gli psicologi; in quanto i DSM «*sono strutture ad incontestabile dirigenza medica, in piena autonomia ed al di fuori di ogni regola organizzativa.*» (Caserta, Direttore del DSM e segretario regionale della SIP, in “*La Sicilia*” del 12 Dic. 1996)

Gli psicologi sono stati messi di fron-

te ad una scelta: rimanere sudditi all'interno dei DSM o uscire dai DSM e rimanere come consulenti esterni. Vedi la critica del tempo della Maria Sanfilippo, capo servizio di Psicologia. Cose turche? No. Cose della Psichiatria.

Figurarsi se tal clima, e in tale tradizione, se in una tale logica che è prima di tutto di potere e non certo una logica dell'assistenza sanitaria, uno psichiatra può sopportare che un infermiere rivendichi la propria autonomia professionale o critichi la nuova istituzione totale.

Ad ognuno il suo. L'infermiere fa l'infermiere. Ogni individuo deve avere coscienza di quale sia in una società il senso dell'istituzione totale, sotto qualsiasi forma si presentasse: manicomio criminale, carcere, manicomio concentrazionario, casa di correzione, manicomio diffuso sul territorio. L'infermiere deve averne doppiamente coscienza: sapere che cos'è l'istituzione totale entra in pieno a fare parte dell'assistenza infermieristica in una logica d'autonomia di pensiero e di professione.

*Gaetano Bonanno*

*Già nel 1764 la follia riguardava gli organi del cervello che si ammala come si possono ammalare i piedi e le mani di un gottoso.*

*A fianco del cervello troviamo un'anima pensante e che può anche pensare all'opposto delle altre.*

*Quindi la suddivisione tra un substrato materiale, il cervello, e un'essenza incorporea, l'anima pensante. Tale dualismo si mantiene, con molte difficoltà, fino a i giorni nostri: il cervello rimane il substrato del pensiero (uno degli strumenti della relazione) che ha occupato tutto il posto dell'anima.*

*Sul cervello si è scavato fino al substrato cellulare ed ora atomico senza trovare soluzione al come da un substrato materiale potesse venire un prodotto immateriale: il pensiero.*

*1764, Francia. 1824, Palermo. 1849, Torino. Periodo diversi in spazi diversi. Sulla persona folle sono prevalsi Stato e capitale in armonica solidarietà. L'amministrazione dei beni, il controllo delle idee, il controllo delle sue azioni, passano per l'interdizione, l'esclusione dalla società, il sequestro in istituti di reclusione. Il controllo dell'economia, il controllo delle idee, il controllo della persona in manicomio.*

*La gestione del controllo è stata a carico dello Stato attraverso le sue forme di potere: il potere economico, quello psichiatrico, quello poliziesco, quello parlamentare. Ma in modo particolare è stata nelle mani di individui che si sono fatti Stato, che hanno rifiutato se stessi come individui, capaci di un pensiero e un comportamento funzionale alle persone, per servire il famelico Stato.*

*La loro è stata sempre una ragione di Stato e non una ragione degli uomini.*

*Hanno detto: dato questo Stato occorre questo modo di trattare la follia. Non si sono chiesti per quella persona con un certa sofferenza quale cura e quale comunità oc-*

*corresse; ma quale sofferenza per questo Stato.*

*Perché diciamo questo? Perché lo Stato a cui hanno guardato, a cui si sono ispirati, come modello, nella cura della follia, ha prodotto molta più sofferenza e molta più tragedia della stessa follia; specie quando hanno voluto seguire modelli di cura a prescindere dall'handicap che il loro modello Stato, ma anche il concreto potere di questo, imponeva come vincolo assoluto solo dal quale tutti gli altri modelli potevano dipendere.*

*Diciamo ciò non con una concezione sintetica della realtà, ma proprio condividendo una visione complessa di essa e dei suoi fatti.*

*Una visione complessa non ci esime dall'individuare un minimo comune denominatore che ha accompagnato la follia nella società: il capitale, lo Stato e quella "pleba curiosa e beffarda" che ha preferito rinnegare se stessa in nome di un qualche sempre novello dio al di sopra di ogni sospetto.*

*L'opera è stata completata dalla Scienza, che nelle vesti della Psichiatria ha riconosciuto un valore scientifico e tutta la pratica manicomiale che ha continuato a sussistere anche quanto il mondo riteneva il manicomio solo un leger. Anche oggi, dopo anni che la stessa psichiatria ha dichiarato di nessuna scientificità, né di alcuna potenzialità terapeutica, le pratiche manicomiali, il manicomio rimane a pieno regime, dove non è riuscito a trasformarsi in territorio, con un nuovo pretesto: non è possibile abbandonare gente che per quarant'anni e anche più è stata fuori dal mondo. La Scienza nel dare una mano al potere ha dovuto prima esiliare/escludere da ogni valore e significato la vita di tutti i giorni. Questa nella sua immensa creatività, potenzialità, nella sua necessità, nel suo indiscusso valore ha perso ogni credibilità.*

*L'occasione della legge che vuole richiudere i manicomi al 31 dicembre 1996 ci ha fornito il pretesto per ritornare, attraverso la Real Casa dei Matti di Palermo, su uno dei più terribili e mortali effetti di una società fondata su rapporti di potere: l'esclusione. Lo facciamo anche con questo numero unico di "Cosi di Pazzi".*

*Abbiamo solo sorvolato sul problema cercando di lasciare aperte alcune possibilità che poi sono quelle lasciate aperte dalle contraddizioni dell'attuale unica e oppressiva realtà che conosciamo: verso dove e come fuori da una dimensione di potere.*

*La Redazione*

## **ELETTROCHOC**

***Il ministro Rosy Bindi, a protezione della nostra salute mentale, ripropone ancora una pratica criminale.***

Iniziamo questo numero unico di «Cosi di Pazzi» con una notizia significativa, che apre su quanto stiamo dicendo sulla psichiatria: una legge che diffonde ulteriormente l'utilizzo dell'elettrochoc.

La pratica elettroconvulsivante è stata strumento caratteristico di tutta la pratica psichiatrica manicomiale.

Tra manipolazioni genetiche, clonazione, energia nucleare, il tentativo di scagliare le popolazioni del Nord contro quelle del Sud, l'espulsione dalla produzione di grandi masse popolari, la sempre più completa trasformazione dello Stato e dei governi in senso poliziesco... l'elettrochoc cade a ciliegia.

*«Il ministro Bindi dice sì al ritorno dell'elettrochoc.»*

Il comitato di bioetica si era già espresso positivamente sull'uso di tale pratica.

Il Consiglio superiore della Sanità ha dato il via libero tecnico.

Ultimo il «sì» di Rosy Bindi ad una tanto criminale pratica.

*« ... in Italia troppo spesso si è abusato di questa terapia.»*

L'elettrochoc è già da tempo pratica del nuovo manicomio territoriale.

Non è Rosy Bindi il ministro della Sanità che blatera di chiusura dei manicomi?

# «BANALITÀ» LA NOSTRA VITA

**Dal “ban” alla comunità impossibile, all’esclusione. I nuovi feudatari hanno cambiato il pelo ma non il vizio. Tra banalità e Psichiatria un’abisso.**

In tutti i nostri discorsi, il termine *banalità* ci fa pensare a *tutto ciò che è privo di valore* quindi *insignificante*.

Se facciamo diventare *significante*, se cerchiamo quindi il *significato* di *tutto ciò che è privo di valore*, non ci sfuggirà che *banalità* è anche *tutto ciò che deriva da ban*. Tutto ciò che ha avuto una «*condamnatio à l’exil*».

Questo ci fa pensare che la *banalità* non è sempre *banalità*; per meglio dire, che *tutto ciò che è privo di valore* non lo è in assoluto. Il *valore* stesso non è assoluto... ma molto relativo.

«*Ban*, XII<sup>e</sup>. Terme de féodalité; “proclamation du suzerain dans sa juridiction, circonscription, défense, condamnatio à l’exil”, d’où se sont développés les sens modernes.» (1)

«*Banàle* [ Fr. banal - ‘appartenente al feudo (*ban*), d’uso comune’ ] (2)

«*banàle*, agg. [dal fr. *banal* “che è comune ad una circoscrizione feudale” drv. di *ban* “bando fatto dal signore feudale”; successivamente è venuto a significare “privo di particolari doti”, quindi “ordinario”] (3)

(«*banàle* [...] Fr. *banal*, *banalité* e *baniliser*, tutti der., più o meno ant., da *ban*, ‘proclama del signore feudale».

«*banal* dapprima significò “appartenente al feudatario” poi “comune (agli abitanti del villaggio)”; come dimostrano le attest. (e conferma la loro assenza nel TB), sono vc. entrate in ct. solo di recente [...]» (4)

(«*exil*[egzil] n. m. 1. Action d’expulser qqn hors de sa patrie; condition de celui qui est ainsi banni.»

«*banni*, ie - Exilé ou expulsé de sa patrie; exilé, proscrit.» Deriva da «*ban* - n. m. 1. Hist. Dans le droit féodal: proclamation solennelle émanant d’une autorité. 2. Hist. Règlement seigneurial établissant des monopoles au profit du seigneur.» (5)

Allora la nostra *banalità*. Termine oggi usato nel senso di *insignificante*: privo di valore.

Il *banal* è ciò che prima apparteneva al feudatario, dal quale acquisiva una dimensione di valore; in seguito a *ban* e *banni* diventa “*comune*” agli abitanti del villaggio, dove acquisisce appunto una dimensione comune. Viene privato di valore per il feudatario, ma acquista valore, per il villaggio, di *cosa comune* in *vita comune*. Tutto ciò che il feudatario *banal-izzava* era/diventava la vita stessa del villaggio.

La *banalità* appare così tutto ciò che, se è passato per un *ban* (una condanna all’esilio) e per un *bannir* (bandire), è anche la nostra stessa vita. Dopo tutto si è avuto nei rapporti sociali e di classe appena un cambio di etichetta e appena il tempo che ci si dimenticasse del *ban* per trasformarlo nell’attuale, quasi impercettibile e indifferente, *banalità*; il tempo che i feudatari di sempre si andassero riciclando nella *democrazia* di oggi.

È così che diventa *banale* tutto ciò che è bandito, privato del suo valore, dalla cultura dominante... anche oggi. In relazione alla Scienza diventa *banale* tutto ciò che per noi è *vita quotidiana*, *vita comune del nostro*

villaggio. La stessa comunità è *banale*, fino al punto che non potendo bandire tutti i sudditi dalla comunità - in qualche posto devono pure stare - viene, dal feudatario, bandita, banalizzata la comunità stessa, come metodo e organizzazione della vita del villaggio.

Da ciò *vivere la banalità* diventa sfida per rivalutare, dove ha perso valore, anche in noi stessi a causa dell'atrofizzarsi dell'abilità, e per rivivere tutto ciò che è della nostra vita, del nostro quotidiano. Comunità compresa; quindi rivalutare e rivivere tutto ciò che di noi viene, dal nuovo feudatario, lo Stato, dal sapere dominante, dalla scienza, svalutato come inutile, dispreggiativamente banale attraverso tutti quelli che una qualche incoronazione hanno elemosinato.

È così che troviamo tra Scienza (istituzione) e *banalità* un abisso incolmabile, in quanto tutto ciò che si fa Scienza distrugge tutto ciò che è della comunità, del villaggio.

È così che troviamo tra la Psichiatria, autoproclamatasi Scienza, e la nostra vita un abisso incolmabile pieno di esclusione, di *ban-alizzazione*, da una forma di manicomio all'altra.

<sup>1</sup>) Dictionnaire Étymologique De La Langue Française, Oscar Bloch - Walther Von Wartburg - Press Universitaires De France, Paris, [1932], 1991.

<sup>2</sup>) Il nuovo Zingarelli.

<sup>3</sup>) Dizionario - Guida alla scelta dei sinonimi e dei contrari nella lingua italiana, Present. di F.sco Sabatini, Edizioni Remo Sandron, Firenze, 1989.

<sup>4</sup>) Manlio Cortelazzo, Paolo Zolli, *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1984.

<sup>5</sup>) *Le Dictionnaire De Notre Temps*, Hachette, Paris, 1990.

## Di grazia. Perché sono pazzo?

François-Marie Arouet, che dal 1718 assumerà lo pseudonimo di Voltaire, nato a Parigi il 21 Novembre 1694, morto a Parigi il 30 maggio 1778, fu autore del *Dictionnaire Philosophique*. Pubblicato anonimo nel 1764 (con l'indicazione di edizione di Londra, ma stampato a Ginevra con il titolo di *Dictionnaire Philosophique Portatif*), il testo fu immediatamente condannato dalla Facoltà di Teologia della Sorbona e bruciato, secondo la consuetudine, in pubblica piazza.

Considerato da molti l'iniziatore dell'Illuminismo francese, lanciò attacchi contro ogni forma di *infâme*, ossia contro l'intolleranza, la superstizione, il fanatismo, la religione cristiana.

Ritenuto uno dei più grandi e brillanti polemisti di Francia e irrispettoso di tutti i tabù e di ogni consolidata dottrina, ha tracciato, nel suo *Dictionnaire* una simpatica riflessione sulla follia. Solo per questo la riportiamo proprio all'inizio di questa nostra riflessione sul manicomio dove, nonostante quello che Voltaire poteva pensare contro gli stessi lumunari, e da quando si costituì come istituzione dello Stato, quella follia incominciò ad essere rinchiusa ed esclusa fino ai nostri giorni e, sotto forme diverse, chissà ancora fino a quando.

### «Follia [Folie]» (1)

*Non è il caso di riscrivere il libro di Erasmo (2), che oggi non sarebbe altro che un luogo comune alquanto insipido.*

*Noi chiamiamo follia quella malattia degli organi del cervello che impedisce necessariamente a un uomo di pensare e di agire come gli altri. Non potendo amministrare i propri beni, lo si interdice; non potendo avere idee adatte alla società, lo si*

*esclude; se è pericoloso, lo si rinchiude; se è furioso, lo si lega.*

*Ciò che importa osservare, è che quest'uomo non è affatto privo di idee; come tutti gli altri uomini ne ha durante la veglia, e spesso anche quando dorme. Ci si può chiedere come mai la sua anima spirituale, immortale, che ha sede nel suo cervello, che riceve tutte le idee assai nette e distinte mediante i sensi, non ne tragga mai tuttavia un giudizio sano. Essa vede gli oggetti come li vedeva l'anima di Aristotele e di Platone, di Locke e di Newton; ode gli stessi suoni, ha la stessa sensazione tattile; come mai dunque, pur ricevendo le medesime percezioni che provano i dotti, ne fa un insieme stravagante senza poterne fare a meno?*

*Se questa sostanza semplice ed eterna ha per le proprie azioni gli stessi strumenti che hanno le anime dei cervelli più dotti, essa deve ragionare come loro. Chi può impedirglielo? Mi è oltremodo chiaro che, se il mio pazzo vede rosso, e i saggi vedono blu; se, quando i saggi ascoltano della musica, il pazzo sente il raglio di un asino; se, quando costoro sono a un sermone, il pazzo crede di essere a teatro; se, quando essi intendono sì, egli intende no, allora la sua anima deve pensare all'opposto delle altre. Ma il pazzo ha le loro stesse percezioni; non c'è alcuna ragione apparente perché la sua anima, avendo ricevuto dai sensi tutti gli strumenti, non possa farne uso.*

*Essa è pura, dicono; di per sé non è soggetta ad alcuna infermità; eccola dunque munita di tutti gli aiuti necessari; qualunque cosa accada nel suo corpo, niente può cambiare la sua essenza; tuttavia la si porta con il suo astuccio alle Petites-Maisons (3).*

*Questa riflessione può far sospettare che la facoltà di pensare, data da Dio all'uomo, sia soggetta a guastarsi come gli altri sensi. Un pazzo è un malato il cui cervello soffre, come il gottoso è un malato che soffre ai piedi e alle mani; pensava con*

*il cervello, come camminava con i piedi, senza nulla sapere né del suo potere incomprendibile di camminare, né del suo non meno incomprendibile potere di pensare. Si ha la gotta al cervello, come ai piedi. Insomma, dopo mille ragionamenti, forse soltanto la fede può convincerci che una sostanza semplice e immateriale possa essere malata.*

*I dotti e i dottori diranno al pazzo: "Amico mio, sebbene tu abbia perduto il senso comune, la tua anima è altrettanto spirituale, altrettanto pura, altrettanto immortale della nostra; ma la nostra anima è ben alloggiata, e la tua lo è male; le finestre della casa per essa sono tappate; le manca l'aria, soffoca". Il pazzo, nei suoi momenti buoni, risponderebbe loro: "Amici miei, voi supponete, come è vostra abitudine, proprio ciò che è in questione. Le mie finestre sono ben aperte come le vostre, poiché vedo gli stessi oggetti e sento le stesse parole: dunque deve essere necessariamente la mia anima a fare un cattivo uso dei sensi, ovvero è essa stessa un senso viziato, una qualità depravata. In breve, o la mia anima è folle di per sé, o io non ho anima."*

*Uno dei dottori potrà rispondere: "Fratello, forse Dio ha creato anime folli, come ha creato anime sagge". Il pazzo replicherà: "Se credessi a quel che mi dite, sarei ancor più pazzo di quanto sono. Di grazia, voi che sapete tanto, ditemi perché sono pazzo?"*

*Se ai dottori rimane ancora un po' di buon senso, gli risponderanno: "Non ne so nulla". Non capiranno perché un cervello ha idee incoerenti; non capiranno meglio perché un altro cervello ha idee normali e conseguenti. Si crederanno saggi, e non saranno meno pazzi di lui.»*

<sup>1)</sup> Voltaire, Dizionario Filosofico; Grandi Tascabili Economici, Newton, Roma, 1991.

<sup>2)</sup> Erasmo da Rotterdam, *Elogio della pazzia*, 1511.

<sup>3)</sup> L'antico manicomio di Parigi.

# DI ESCLUSIONE

Durante il mio cammino nel mondo della follia ho incontrato gente “normale” che non sa cosa sia la follia. Ciò, per certi versi, può essere una fortuna. Meno lo è che non sappia, allo stesso tempo, cosa sia la persona “affetta da follia” tuttora esclusa dalla società e dalla comunità.

Il perché ciò avviene può trovare mille motivi. Uno di questi prende in considerazione una condizione in cui degli individui non sanno chi sono, cosa stanno facendo, come stanno vivendo altri individui a fianco a loro.

Anche questa situazione di indifferenza, di incoscienza noi chiamiamo esclusione.

Alcuni individui ne escludono altri a partire dalla loro conoscenza.

In uno stesso banco di scuola un compagno può non sapere, e normalmente non sa, chi è e come vive il compagno a fianco: che cosa fa, quali i suoi bisogni, cosa gli succede nella vita, cosa gli stanno facendo.

Due compagni di banco possono essere in un rapporto di esclusione reciproca per più di un motivo. Condizione camuffata dall'altra che li accomuna: l'essere compagni dello stesso banco. Forse saranno mai compagni di vita.

L'esclusione comincia con un atto di incoscienza: l'ignorare un individuo da parte di un altro; la non presa di coscienza di alcuni individui da parte di altri. Ciò incomincia anche a segnare l'esclusione dalla comunità; indicando l'assenza di quest'ultima, ma anche che ci si trova in un contesto sociale che produce esclusione e impossibile comunità.

Allora possiamo incominciare ad immaginare l'esclusione come un muro di separazione. Due individui che decidono di non volerne sapere l'uno dell'altro attuano una separazione più netta con un concreto porre tra loro alte mura. Può riguardare singoli individui o gruppi.

Se capiamo l'esclusione che nasce tra due individui possiamo capire tutte le forme di esclusione. Si possono presentare in mille diverse forme ognuna con una sua particolare dinamica.

La relazione che si fonda su un rapporto di potere è una relazione d'esclusione. È nella comunità che l'individuo può trovare protezione e difesa dall'esclusione. Tale che quando parliamo di comunità parliamo anche di difesa dall'esclusione.

Una forma di esclusione, nella società che si organizza in Stato e in relazioni di potere, è il carcere e il manicomio. Queste strutture nascono e vivono in una logica che offre una lenta morte in una lunga agonia o come punizione o come cura.

L'estremo e vitale bisogno che l'individuo ha di comunità, lo spinge a *ricreare comunità* pur in una dimensione di esclusione, nel tentativo di non rimanerne schiacciato, quindi di sopravvivere. È in questa forzosa e innaturale fatica di rifondare rapporti comunitari nonostante e contro il contesto d'esclusione che l'individuo rimane annientato anche se sopravvive. I lunghi anni di carcere e di manicomio ne sono una dimostrazione.

Più che alla forma delle strutture dobbiamo guardare al fenomeno ad esse comune: l'esclusione. Questa si organizzerà in modo diverso a seconda del periodo storico, della popolazione, del contesto sociale e di mille altre incognite, riuscendo a subire mille trasformazioni strutturali ma non sostanziali.

Come un pezzo di plastilina assume forme diverse ma non cambia sostanza.

Allora le varie strutture non sono altro che forme d'esclusione nel tempo e nello spazio; così il manicomio e il carcere sono suoi aspetti che trovano due diversi pretesti: uno punitivo, l'altro curativo.

L'esclusione che si vive in un banco di classe non è di natura diversa di quella che si vive in un manicomio, pur se diverse sono le rispettive dinamiche.

Fra i due compagni agisce un muro invisibile, nel carcere e nel manicomio agisce un muro tangibile, concreto fino a quando un braccialetto elettronico controlla il carcerato, un neurolettico controlla un pazzo.

Se la sofferenza non si misura a quintali, quella nata in un banco di scuola non è di natura diversa da quella nata in un manicomio o in un carcere. La differenza consiste invece negli strumenti che quelle tre strutture trovano per il superamento dell'esclusione e della sofferenza che ne deriva.

Perché mai allora un "reato" non viene punito in un banco di scuola?

Perché l'individuo non deve poter trovare all'interno della sua comunità, prima la forza e la capacità di non cadere in errore, quindi la possibilità di rimediarsi ove non ci fosse riuscito? Perché lo Stato, oltre a creare e mantenere una dimensione di comunità impossibile, è scientifico nella repressione di ogni tentativo che non sia Stato, di ogni tentativo in senso comunitario; come lo è nel reprimere i "reati" che, scaturiti dall'assenza di potenzialità comunitarie, turbano, in qualche modo, l'ordine statale e capitale. Nel carcere la sofferenza nata dall'esclusione si somma a quella scaturita dalla estrema difficoltà di creare nuova comunità in quelle condizioni.

La lotta alle strutture non può non essere che lotta anche ai suoi contenuti come ai suoi significati. È quindi alla sostanza che si indirizza la nostra attenzione, anche se non separabile dalla struttura, quindi anche dagli uomini che la esprimono. Pur consapevoli che ad una trasformazione della struttura non se ne accompagna, necessariamente e per conseguenza, una della sostanza. La sostanza non viene messa in discussione dal trasformare solamente la struttura, ma dal *come*, quindi già anche dal metodo di lotta nella trasformazione impiegato.

Ogni distruzione della struttura, causa immediata di sofferenza e morte, è già denuncia, lotta contro l'esclusione ma anche

costruzione di potenzialità comunitarie e di comunità concreta nella stessa lotta realizzantisi.

È nella stessa lotta che ci si incontra con una pratica ed una dimensione comunitaria; che si assapora la potenzialità comunitaria.

Quando parliamo di follia, poco importa l'interpretazione che di questa si ha e poco importa la struttura che la rinchiede; mentre è sempre all'esclusione primitiva che rivolgiamo l'attenzione; perché può organizzarsi in mille modi.

Forse sarà reinterpretata mille volte ancora ma non necessariamente dovrà essere esclusa ancora. Ciò suggerisce che si interpreti quanto si vuole ma non si consenta più allo Stato di rinchiedere in nessuna forma di manicomio.

Tra le tante capacità l'uomo ha sviluppato anche quella dell'esclusione.

Ma il problema non deriva dall'esclusione quale espressione dell'umana miseria; ma dalla forza che di essa si serve. Quindi da un contesto sociale che si organizza per creare esclusione.

Quindi il contesto. Come l'acqua per il pesce. Un contesto di potere, di Stato è un contesto che produce esclusione; è escludente esso stesso. Una lotta contro l'esclusione non può che essere allora lotta contro lo Stato e nello stesso tempo lotta di costruzione, come creazione di momenti ed esempi di comunità nella lotta stessa.

Una elementare forma di esclusione è realizzata dal modo: *io sì, tu no; io fuori, tu dentro*. Essa consiste nella sussistenza di un polo solo attraverso l'esclusione, la reclusione o la distruzione dell'altro; in un rapporto di potere, in cui un certo livello di vita dell'uno può aversi solo a scapito della sottrazione dell'altro polo. L'uno può esistere dalla soppressione, negazione, esclusione dell'altro. L'impossibile comunità tra l'io e il tu.

Antropologicamente sappiamo quanto la comunità sia favorevole alla vita; l'io e il tu che si allargano ad altri individui.

Una traccia di comunità s'incomincia a realizzare quando un individuo si informa, prende coscienza di chi gli sta di fronte e inizia una crescita non come Io, ma come *Io sono in quanto ci sei Tu che sei*.

La comunità incomincia quando si ha un reciproco atto di riconoscimento.

Allora perché comunità? Perché mettiamo qualcosa in comune; volontariamente in comune. Il gruppo non è automaticamente comunità. Per essere comunità ha bisogno anche di essere un gruppo di affinità; la cui affinità minima può essere la messa in comune di un metodo di lotta. Perché si è messo in comune una finalità, un metodo, una scelta e tante altre cose ancora che hanno come minimo comune denominatore *l'essere liberamente scelti*. Questo a partire dal prendere coscienza l'uno dell'altro. Perché pratica di vita in una dimensione di solidarietà, reciprocità, mutuo appoggio; come comunismo. L'inizio della comunità è la fine dell'esclusione. Due poli della vita e la scelta della vita come pendolo tra i due poli; dalla distruzione dell'esclusione alla creazione di comunità.

Due poli come due possibilità: l'essere della comunità e l'essere dell'esclusione.

Abbiamo cercato di capire come si presenta l'esclusione della follia in quel di Palermo, individuando spunti dei suoi presupposti teorici anche in altre parti e in diversi periodi. Appena qualche flash sui periodi del 1853, 1883, 1935 attraverso la testimonianza del giornale del manicomio; un'istituzione nell'istituzione: «Il Pisani». Fino al dibattito attuale; allo sbocciare di un manicomio, quello intramurario, in un altro: quello che nel frattempo si è diffuso sul territorio dagli anni sessanta ad oggi. Passando dal Piemonte, il quale *«fu certamente il primo di tutti i paesi d'Europa ad erigere fin dal 1728 una casa unicamente destinata ad asili ed a cura dei pazzarelli.»* (1)

Uno stimolo, forse appena sufficiente a suggerire che la nostra è ancora una società della segregazione e dell'esclusione che trovano la massima espressione nel carcere, col pretesto del reato, nel manicomio col pretesto della malattia.

Non sono la follia e la sua classificazione tra le malattie responsabili di aver creato il manicomio. Mentre vediamo, perché lo sono stati e lo sono ancora oggi, come troppo pericolosi gli strumenti della psichiatria e dello Stato che, prendendo a pretesto la cura della follia, si fanno solo strumenti d'esclusione. Questi se favoriscono la crescita dell'istituzione, quindi del suo potere, lo fanno solo a scapito e danno della comunità, degli individui.

Una recente trovata è la chiusura dei manicomi al 31 dicembre 1996. Un'operazione che al momento si presenta con una valenza preminentemente economica. Una questione di capitale.

La mancanza, anche oggi, di una comunità del folle, che è poi l'assenza anche di una nostra comunità, riconferma l'ulteriore sua esclusione e l'ulteriore impossibilità di una sua liberazione. Il folle anche oggi non sarà fuori del manicomio; perché sia lui che noi siamo fuori dalla comunità.

Lo Stato sta cercando *come* ristrutturare, riorganizzare una nuova forma di esclusione in funzione dei suoi nuovi e attuali bisogni di potere.

I manicomi, immense città nella città, non sono compatibili con il livello del capitalismo attuale.

Questa che si sta presentando essenzialmente come un'operazione economica, potrebbe sembrare l'occasione buona affinché si possa sperare per i reclusi rimasti in vita, qualche anno ancora di esistenza più dignitosa. Dignità individuata in un piatto di spaghetti più gustoso, in un vestito o un paio di scarpe nuove. Ma anche ciò appare poco probabile.

Di “strutture intermedie” esistono solo sparuti esempi. I privati appaiono avvolti in attesa della carogna.

Per noi il problema continua a rimanere quello dell’esclusione e non della follia, che mostra due aspetti: quello individuale e quello sociale del folle. Il primo riguarda strettamente l’individuo, la persona ridotta alla sofferenza, all’impotenza, alla miseria, all’impossibilità di vita, verso cui ognuno di noi, ove possibile, deve rivolgersi in aiuto; il secondo riguarda da un lato le cause sociali della malattia e dall’altro le cause sociali dell’ulteriore esclusione della persona sofferente verso le quali va rivolta ogni distruzione.

L’aiuto che proponiamo non è allora quello del missionario e del volontario che in nome di un sempre nuovo dio giustificano ogni forma di dolore e di umana abiezione.

L’aiuto portato ad individui esclusi dai meccanismi di Stato e capitale, anche se mosso da amore e solidarietà, non può fare a meno di essere guidato dalla necessità della distruzione dei mezzi e degli strumenti di esclusione e morte.

La Real Casa dei Matti di Palermo, ancora in funzione, è ancora testimonianza di come lo Stato sia strumento di dominio di una classe su un’altra; è denuncia puntuale e sistematica della illegalità che la classe dominante è costretta a compiere, contro le sue stesse leggi, per conservare il suo predominio; denuncia di come lo “stato di diritto” è solo un’astrazione ad uso e consumo dei vari governi e specchietto per le allodole... per imbecilli vari.

<sup>1)</sup> Osservazioni sulla proposizione di legge del Medico Collegiato Bernardino Bertini, membro della Camera de’ Deputati, riguardante *La custodia e la cura dei mentecatti* e considerazioni *Sullo stato attuale de’ pazzi in Piemonte*, del Dottore Collegiato Gio. Stefano Bonacossa, medico Primario del R. Manicomio e consulente della Pubblica Beneficienza di Torino; stamperia di Giuseppe Favale e C., Torino 1849.

# LE DUE SICILIE

## E... (1)

«Ma cosa era successo? Come fu possibile? Nel Meridione non si costruivano strade fin dal tempo dei Romani e i viceré spagnoli impoverirono ancor più la popolazione esigendo tasse e balzelli, senza investire in loco.

Le campagne erano abbandonate ed il bosco aveva invaso le terre fertili di tutto il Regno. I masnadieri erano i veri padroni delle paludi ed i pirati razziano le coste; i baroni inselvatichirono la vita civile e si impossessarono delle terre fertili.

[...] Nella notte di Natale del 1130, l’antipapa Anacleto II incoronò Ruggiero I il Normanno re delle Due Sicilie, incoronazione confermata poi dal Papa Innocenzo II nel 1139.

La denominazione *Regno delle Due Sicilie* deriva dal fatto che i Reali Domini al di qua (*Citra*) e al di là (*Ultra*) del Faro (*Stretto di Messina*) si estendevano appunto al di qua e al di là della Sicilia, fu approvata con Statuto dell’11 dicembre del 1816 e confermata con l’atto del 26 maggio 1821.»

«Per difendere l’economia del suo regno, Ferdinando II il 15 dicembre del 1823 ed il 20 novembre del 1824 emise provvedimenti doganali che proteggevano lo sviluppo industriale autoctono.

[...] Il 13 febbraio del 1861, con la capitolazione della fortezza di Gaeta, finì il glorioso Regno [...] Federico II, il più grande imperatore che l’Italia abbia avuto, innalzò il Regno al sommo fastigio di Stato moderno nella semibarbarica Europa.

[...] I Borbone incivilirono e resero innocui i baroni, costruirono strade, ricostruirono l’esercito e le amministrazioni locali cui diedero l’antica autonomia, come diedero grande impulso all’industria, all’agricoltura, alla pesca, al turismo.»

Il Regno, con il decreto del 1 maggio 1816, era diviso in 15 Province.

A Febbraio 1861 ci fu l'invasione del Sud da parte del Piemonte, quindi dei Savoia.

«Il Piemonte, indebitatissimo, mise le mani sul prospero Regno delle Due Sicilie massacrandone la popolazione, depredando ogni bene e ricchezza e scaricando i suoi debiti su tutte le popolazioni annesse allo stato savoiano. Il Sud li sta ancora pagando. Ha pagato sempre. Un milione di morti; 20 milioni di emigrati, la sua economia ricca e prospera fu fiaccata da dieci anni di guerra civile e dai latrocinii dei nordisti che poterono anche usufruire delle rimesse continue che venivano utilizzate solamente al Nord. [...] Dal 1861 al 1871 un milione di contadini furono abbattuti.

[...] Il *Risorgimento piemontese* per il Sud fu vera colonizzazione e sterminio di massa.

I paesi di montagna come i paesi rivieraschi si spopolarono dei loro giovani, tutti sui monti a combattere contro i tiranni piemontesi. Il Sud era insorto.

[...] Il 2 Giugno 1946 un *plebiscito* sancì la Repubblica. 12 milioni di italiani cacciarono per sempre i Savoia dall'Italia.»

Nel 1734 il Sud andò a Carlo III di Borbone che aveva destinato ai mentecatti l'Albergo dei poveri.

È nel Regno delle Due Sicilie, con il Re Francesco I, luogotenente il Marchese delle Favare e col Barone Pietro Pisani, che nasce la Real Casa dei Matti di Palermo.

È dal periodo borbonico, dal Regno delle Due Sicilie, fin dall'illuminato Ferdinando II e fino dall'illuminata democrazia della Repubblica, passando per il terrorismo dei Savoia, che si trascina la mastodontica struttura del manicomio. In una costante: la Psichiatria dell'esclusione. Certo con giustificazioni diverse e varie a seconda del periodo. Fino all'attuale manicomio polverizzato sul territorio che trova la sua giustificazione

a fianco del vecchio, ma sempre attuale, manicomio «P. Pisani» di Palermo.

## ...la RESTAURAZIONE

### (2)

L'età della Restaurazione, compresa tra il 1815 e il 1830, fu caratterizzata dal tentativo dei governi assoluti e delle aristocrazie di riprendere le alleanze tra il trono e l'altare, tra l'alto clero e l'aristocrazia più legata al passato. Ma fu anche caratterizzata dalle mille forme di opposizione a questo progetto da parte della borghesia.

Nel 1814, col Congresso di Vienna, le maggiori potenze tentarono di ristabilire l'ordine europeo e di cancellare ogni traccia lasciata dalla rivoluzione francese. Alla conclusione del Congresso, 1815, il Regno delle Due Sicilie (l'ex Regno di Napoli) tornò sotto il dominio di Ferdinando I di Borbone (3) (1815-1825), già Ferdinando IV di Napoli, l'ultrareazionario.

Il problema maggiore rimase però quello della Sicilia, le cui popolazioni, private della costituzione del 1812, mal tolleravano il completo asservimento economico e politico a Napoli e cominciavano ad alimentare contro la politica accentratrice dei Borboni un forte sentimento separatista.

Nella Sicilia occidentale si sviluppava un *violento moto separatista sotto la guida dei baroni* e della popolazione palermitana, che il 15 luglio del 1820 inalberò il vessillo della rivolta.

Il tentativo era la separazione della Sicilia dal governo costituzionale napoletano e il ripristino della costituzione del 1812. Le maestranze artigiane palermitane andarono oltre, imposero una democratica costituzione spagnola. La loro rivolta prese un carattere marcatamente popolare e

antinobiliare giungendo ad uccidere e decapitare due baroni, il principe di Aci e il principe della Cattolica.

## «IL PISANI» 1853

«IL PISANI»<sup>(1)</sup> era una pubblicazione che raccoglieva le più interessanti osservazioni dal manicomio e dai «*più rilevanti travagli dei medici alienisti.*»

### 1824

Nel 1824, nello stesso posto dove i Teresiani educavano i loro novizi, un piccolo fabbricato, nasceva il manicomio. Fu il barone Pietro Pisani che si occupò dell'impresa di ristrutturazione di quell' «*edificio malinco-nico dei frati*» e che incominciò proprio con un atto di separazione, ma anche di isolamento.

### *Il male bandito*

Quello del Pisani era un *ulteriore* atto di separazione. Con uno precedente, di separazione/esclusione, erano stati la società e la famiglia a disfarsi del *male* (nella forma della tubercolosi, della scabbia, malattie ampiamente a causa sociale; e nella forma della follia, malattia a causa misteriosa) affidandolo all'istituzione della Chiesa. Con la nuova separazione, il Pisani ottenne che i tisici e gli affetti da scabbia venissero separati dai folli con i quali vivevano «*barbaramente*» nella stessa stanza.

### *Stato e Chiesa*

Stato e Chiesa hanno così riorganizzato in modo più razionale, quindi più accettabile per la società, la pratica dell'esclusione attraverso la conferma del metodo della separazione che ha accompagnato il manicomio fino ai nostri giorni.

### *Misere condizioni*

Le condizioni di vita che portavano tubercolosi e scabbia non venivano dal cielo.

<sup>1)</sup> *I Savoia e il massacro nel sud*, Antonio Ciano, ed. Grandmelò, Roma, 1996.

<sup>2)</sup> *Elementi di storia, «L'età contemporanea»*, A. Camera - R. Fabietti, Zanichelli editore Bologna, 1972.

<sup>3)</sup> *Ferdinando di Borbone re delle Due Sicilie*. Nome di due sovrani: *F. I* (IV di Napoli, III di Sicilia; 1751-1825) re di Napoli dal 1759 [...] 1806 rifugiatosi in Sicilia, 1816 re delle Due Sicilie, 1820 concesse la costituzione, 1821 l'abolì. *F. II* (1810-59), re dal 1830, nel 1848 concesse la costituzione, ma poco dopo l'abolì, reprimendo i moti liberali.

*Federico II* - Imperatore. (Iesi 1194-Fiorentino Puglia 1250) Figlio di Enrico VI e di Costanza d'Altavilla; 1208 re di Napoli e di Sicilia [...] è seppellito nel duomo di Palermo. Amante delle lettere e delle arti [...] fondò l'università di Napoli e diede un nuovo indirizzo al pensiero scientifico. (*Dizionario Enciclopedico Universale*, Ed. Sansoni, Firenze, 1966.)

Come non vengono dal cielo le condizioni sociali che apportano ancora oggi terribili malattie e sofferenze.

### **Cause sociali**

Delle condizioni odierne si dice che sono il frutto e il prezzo da pagare per un progresso che *tutti vogliamo* e di cui *non possiamo fare a meno*. All'inizio del 1800 le pessime condizioni di vita, specie dei ceti nulla abbienti, il prezzo per quale progresso rappresentavano? Forse il prezzo per aver creduto che la libertà e il progresso dei popoli potessero dipendere dalla costruzione di governi, di eserciti, dalle pratiche di guerre.

### **L'impossibile comunità**

Mentre la follia veniva relegata in un istituto di frati o nel nuovo manicomio del Pisani, *che cosa stavano facendo le famiglie del matto, gli altri suoi concittadini impossibilitati a prendersi cura in prima persona del folle?* Che cosa stavano facendo, per esempio, gli altri palermitani?

*Da quali altri impegni, attività e interessi erano presi, o costretti, o attratti, gli altri cittadini, tale da non essere in grado di diventare in qualche modo comunità per quei disgraziati che venivano spediti e delegati al manicomio?*

### **La farsa di Agrigento**

Mentre sto scrivendo si sta svolgendo il processo/farsa per la morte allo psichiatrico di Agrigento che fece scoppiare uno scandalo a metà degli anni ottanta. In un articolo sul processo un giornalista ha scritto: *«Di quello che accadeva all'interno delle mura del manicomio che si trova a poche decine di metri da viale della Vittoria, uno dei salotti buoni di Agrigento, sembrava non importasse nulla a nessuno. Un'indifferenza diffusa nella società agrigentina che è stata ricordata polemicamente nella requisitoria del giovane pubblico ministero secondo il quale i responsabili dello scandalo dell'o-*

*spedale psichiatrico non sono certamente solo i due imputati del processo.»*

### **La delega produce solo indifferenza**

Certamente, questa conclusione, ha una sua verità. Ma solo parziale. Infatti se responsabile di quelle morti fu anche l'indifferenza degli agrigentini, l'averlo capito non aggiunge molto alla comprensione se non si individua *di che cosa* si stavano curando gli agrigentini mentre non si curavano di ciò che succedeva nel manicomio, e perché era l'istituzione a doversi occupare della follia e non loro stessi; se non si dice che l'indifferenza diventa pratica quotidiana di vita solo perché logica conseguenza di una società fondata sulla delega.

Diventa così pura retorica il denunciare, da parte del pubblico ministero, che per quelle morti c'è una responsabilità, allargata, legata all'indifferenza; ad una anonima indifferenza. Come, d'altra parte, si può pretendere, dopo aver *istituito l'indifferenza* a struttura fondamentale di questa società basata sulla delega, che la gente possa rimanere sensibile a ciò che succede ad un palmo dal proprio naso?

### **Ogni delega ha un suo pericolo: impedire la comunità**

*La delega* non è un atto provvisorio e temporaneo ma è *pratica* che comporta l'affidamento dei propri interessi, dei propri bisogni, della propria vita totalmente nelle mani altrui. Dove c'è delega non può esserci comunità. Nello Stato in cui ci troviamo a vivere questo *altrui* è *l'istituzione delegata*, cioè la negazione della comunità. Nel nostro caso si esprime col manicomio.

Non era il manicomio, quindi quel preciso tipo di organizzazione con la sua dirigenza politica e sanitaria, l'istituzione della Psichiatria, che si era fatta carico della delega della salute mentale strappata ai cittadini col

pretesto della scientificità della Psichiatria? o col pretesto della pericolosità per se e per gli altri del folle? Attuata questa delega, riconosciuta da una legge dello Stato e dalle sue armi difesa e protetta, il cittadino comune rimane disarmato e impotente: quella delega ha creato una forma di esclusione del cittadino dalla gestione dei propri interessi.

Non è sufficiente la pericolosità, la furia, la bruttezza del folle a giustificare quella delega.

Cosa, se non quella delega, ha fatto sì - come vediamo ancora oggi - che né i cittadini, né gli amici, né i vicini di casa, né i tutori, né i curatori, né i parenti, né i genitori, né i fratelli si occupassero mai più dei reclusi; mentre lo Stato se ne occupa solamente come individui da segregare dentro un manicomio o dentro le più subdole mura farmacologiche a protezione del suo ordine?

A nulla vale la denuncia della negligenza o della criminalità di quella struttura. « [...] *alla fine degli anni sessanta [...] lo stesso primario psichiatra, Mario La Loggia, aveva denunciato le condizioni disumane in cui erano costretti a vivere i malati. Una denuncia caduta però nella più totale indifferenza.* » Le stesse denunce del manicomio, a partire dall'inizio degli anni sessanta, quando Basaglia conduceva le sue prime esperienze, fino alle denunce dei nostri giorni, hanno quasi niente scalfito il manicomio che funziona a pieno regime.

### ***Calcoli di Stato***

Ci chiediamo, e non siamo i soli, quanto meglio sarebbe stato il far saltare in aria quella città dell'abiezione e della morte... naturalmente dopo aver portato fuori quei disgraziati sofferenti.

I progetti che lo Stato sta mandando avanti dimostrano che gli attuali movimenti di dismissione del manicomio di Palermo non rispondono per esempio agli stimoli delle denunce, né ad un atto umanitario nei confronti di quei disgraziati distrutti dalla malat-

tia, dalla società, dall'istituzione, né ad una particolare attenzione da parte della comunità, che comunque non esiste, ma solamente e semplicemente ad una questione economica. Non è una novità la trasformazione della vita in vil moneta da parte dello Stato.

Sembra che quella immensa città della follia è diventata improduttiva, mentre può produrre molto di più se ristrutturata e destinata ad altro impiego. Non chiude per la pietà dei suoi dirigenti politici e sanitari per quelle persone ridotte all'annichilimento totale. Il potere non ha pietà. Non piange. Calcola. Fa di conti.

Allora la società palermitana, la società siciliana, il potere del tempo a quale tipo di vita spingevano i cittadini? Anche per oggi è alla stessa domanda che dobbiamo rispondere, perché sono la stessa delega e la stessa esclusione a riproporsi. Oggi la società siciliana e palermitana, lo Stato, a quale vita spingono i sudditi palermitani e siciliani in generale, dopo che questi hanno deciso di escludersi delegando la loro vita nelle mani di poteri vari, dalla mafia, al comune, alle province, allo Stato?

### ***Anche un solo recluso fa manicomio***

È questo che dobbiamo capire se vogliamo rispondere al perché ancora tanta gente, malati e personale d'assistenza compreso, è reclusa a marcire nell'abbandono del manicomio. È a queste domande che ognuno di noi deve cercare di rispondere se si vuole parlare della salute mentale, quindi della psichiatria, quindi della sofferenza della nostra vita, quindi del manicomio come forma di potere e di esclusione nata, non solo in rapporto alla tuttora indefinita "malattia", ma anche in rapporto al contesto sociale a cui strettamente appartiene ed è legata; se vogliamo capire come il manicomio, allo stesso modo di ogni altra forma di esclusione/reclusione, non nasce perché c'è un concentrazione di tante persone in un lager, o perché

in esso vengono rinchiusi forme diverse di “devianza”. Il concentramento, la reclusione/esclusione della devianza, i mezzi magici o terapeutici, sono appena strumenti che esprimono quella struttura, che si può presentare in mille forme diverse. Strumenti che hanno la funzione dell’abito del monaco. E l’abito non fa il monaco.

Quante persone occorrono per potersi avere un manicomio o un carcere? Una? Dieci? Mille? Cento mila? E se quello stesso metodo, quella stessa pratica d’esclusione si applica ad uno piuttosto che a mille individui, non si ha più il manicomio? Forse. Ma non si è eliminata la pratica manicomiale dell’esclusione.

### ***Il manicomio nasce prima della follia***

Disabituati alla problematica, quando entriamo a contatto con la follia è facile trovare una giustificazione alla sua esclusione, alla sua relegazione in una qualche istituzione. Specie se lasciamo in noi predominare il potere dell’unica iconografia residua, frutto della cultura dominante: l’indiafolato, il violento, il pericoloso per se e per gli altri. Pretesti e giustificazioni non sufficienti ad ignorare le cause delle nostre incapacità. In più si sa che realmente il manicomio ha rappresentato una sacca di esclusione e di reclusione delle più svariate forme di sofferenza umana.

Allora il quesito si ripresenta più significativo. Perché ci fa uscire dalla malattia e ci fa avvicinare all’*individuo sofferente come parte di un contesto in cui è inserito*. Che cosa spinge gli individui ad escludere chi soffre per follia, rinchiodendolo in un manicomio, e chi ha sbagliato, rinchiodendolo in un carcere?

La reciproca perdita degli individui, la comunità impossibile, l’espulsione da essa, in seguito ad un atto di delega della sofferenza, col pretesto di “follia” o di “reato”, ad una

qualche forma di istituzione, è il primo atto di manicomializzazione.

Il manicomio incomincia prima del fabbricato, della città chiusa tra alte mura.

Intanto, una volta avvenuta la prima esclusione, la prima separazione, da se stessi, dalla gioia di vivere, dal benessere, dalla salute, dalla cultura, verso la miseria, l’abiezione, le esclusioni si moltiplicano trovando perfino giustificazioni condivise.

Per una persona affetta da una malattia infettiva e contagiosa sono da prendere quelle precauzioni utili ad impedire il diffondersi della malattia; e l’isolamento e la separazione facevano già parte di tali precauzioni.

Per una persona folle nemmeno il contagio poteva, né può, rappresentare pretesto d’esclusione. Nemmeno la malattia.

Fino ad oggi tantissime persone sono rinchiusi in manicomio non perché bisognose di cure mediche, ma perché, come allora, non hanno una comunità oltre ad essere state escluse dalla società.

Ecco che la prima forma di manicomio è la mancanza di comunità. Se l’uomo è animale comunitario, quindi sociale, è alle tante cause della comunità impossibile che dobbiamo prestare attenzione. Il lasciarsi sfuggire il bisogno di comunità dell’individuo e le cause dell’impossibile comunità ci pone di fronte al rischio continuo di capire poco il manicomio passato e di creare sempre nuovi manicomi attraverso sempre nuove esclusioni.

### ***Una gabbia ornata di zucchero***

«A far questo il Pisani, ingegnoso com’era e solerte, mise tutte le sue prime cure; e quindi [...] grazie agli aiuti somministrategli dal Governo [...] vidersi le finestre e gl’interni passaggi muniti di cancelli e di grate, ma in modo che presentassero l’aspetto di ornamenti piuttosto che di misure di sicurezza [...]» ed anche «ripartimenti» destinati ai funesti e ai tranquilli, quelli per i matti pensionisti (2); il ripartimento per le

donne; attorno un giardino ameno di statue e “limpidi fonti”.

Il Pisani, con il manicomio, si conquistò il titolo di *benefattore dell'umanità*. Studiò e indagò «*l'indole degli infelici affetti di mentale aberrazione*» e reputò che per loro potesse essere funzionale la «*cura morale*» (3). Ad alcuni rimedi, come già «*una ben regolata ed opportuna igiene*» venne aggiunta la «*cura morale*», alla stregua di quanto già praticavano Pariset ed Esquirol.

«*La conchiusione de' suoi studi pratici fu sempre quella che la follia, nei casi più alienati, era a trattarsi più con mezzi morali che medicinali*». Tra i medici del manicomio che non si fidavano delle medicine ci fu il dott. Antonio Greco che assecondò Pisani nella cura morale.

### **Il lavoro**

Il «*piegare i matti al lavoro*» era ritenuto, strumento della «*cura morale*» (4), mezzo efficacissimo di guarigioni.

Così il Pisani diventava la *provvidenza* del posto: niente più percosse (almeno così si riprometteva da parte sua), niente più catene di ferro che assimilavano l'uomo alla bestia; assistenza continua e amorevole, svaghi, lavoro. Attività praticata da lui in persona.

### **Strumenti della cura morale**

«*Il Piemonte [...] fu certamente il primo di tutti i paesi d'Europa ad erigere fin dal 1728 una casa unicamente destinata ad asilo ed a cura dei pazzarelli. [...] Sebbene da poco tempo in qua siasi dato ai medesimi studi alquanto maggiore sviluppo, tuttavia sono questi, a mio credere, lungi dal corrispondere all'ampiezza ed alla gravità dello argomento, che comprende non solo l'uomo fisico, ma ben anco l'uomo nei molteplici rapporti che ha, può e deve avere con la società. [...] L'occupazione [...] per cui non solamente è implicito il deterioramento morale e fisico che necessariamente all'ozio*

*ed alla inerzia tien dietro, ma grandemente si migliorano e si rinvigoriscono tutte le potenze dell'animo e la costituzione del corpo, dappoiché più giuste idee hanno cominciato a prevalere intorno alla pazzia ed al trattamento dei mentecatti, venne in molti manicomii introdotta, ed è ora praticata. [...] E vaglia il vero: chi è che non vada intimamente persuaso che il lavoro potentissimamente concorre a ridonare ai pazzi la smarrita ragione?» (5)*

La cura morale non consisteva solamente nel lavoro, come qualcuno oggi, con molta leggerezza, ritiene. Infatti in essa possiamo trovare già una logica dell'*integrazione dei trattamenti* dove, a fianco del lavoro, troviamo modalità di relazione, tecniche di tortura, ritrovati “farmacologici” a cui era affidata la finalità di guarigione.

Il sacco di forza era strumento repressivo, che faceva parte della cura morale perché... morale era la finalità. Infatti era utilizzato per evitare che «*certi ammalati feroci*» facessero male a se stessi e agli altri. Il sacco bloccava le mani e le braccia, lasciando liberi i piedi per muoversi e passeggiare. Faceva seguito la «*sedia di forza*» che bloccava anche i piedi, e infine la «*culla di forza*» che bloccava a letto tutti i membri. Utilizzati quando non si trovava rimedio agli «*eccessivi furori*».

«*Per questo raro mezzo di repressione furon veduti [...] i più feroci [...] frenarsi alla sola minaccia della culla [...]. Uno sguardo corrucciato, una parola di rimprovero, una minaccia di cancellarli dal suo amore*» facevano parte della generalità dei castighi del Pisani.

### **Gerarchia ordine e disciplina**

Non potendo da solo controllare questo eloquente sistema di cura incominciò a chiamare «*impiegati locali diversi*». Instaurò la gerarchia, l'ordine e la disciplina in tutti i componenti «*la famiglia*».

La sua direzione alla Real Casa dei Matti durò tredici anni a cui succedettero i figli, il barone Melchiorre e il barone Casimiro.

### ***Successori***

Alla direzione Pisani seguì quella del conte Luigi Lucchesi e di monsignor Epifanio Turrisi, in qualità di direttori amministratori.

Non andarono d'accordo. Turrisi rimase solo, per un periodo, alla direzione; così il Governo aggiunse a lui tre amministratori per la parte economica.

Seguì la direzione di Ernesto Amari che ripristinò in pieno la *cura morale* del Pisani e indusse i matti al lavoro.

### ***Il potere e l'economia del tempo***

La Real Casa dei Matti nacque nel 1824 per opera del Re Francesco I, con il marchese delle Favare luogotenente. Il 14 settembre 1849 per opera di Ferdinando II, con luogotenente interino il principe di Satriano, fu emesso un provvedimento, affinché fossero le provincie a pagare gli alimenti dei matti loro spettanti e che già eccedevano il numero di 139.

Nel 1849 arrivò alla direzione il barone Girolamo Valdaura, in carica per circa dieci anni. Ripristinò il forno che, costruito dal Pisani, era, in seguito, andato distrutto. La sua gestione era affidata ad un gruppo di matti con un "governatore" del forno. Dal pane ricavavano 450 ducati che venivano spesi per i loro bisogni. Il merito del Valdaura fu quello di aver eretto altre mura attorno alle terre del manicomio, anche attraverso l'opera dei folli. Le mura separavano pure il giardino delle donne da quelle degli uomini.

La conduzione del forno, le mura perimetrali e interne, l'ampliamento del refettorio, la coltivazione del giardino, sartorie, carpenterie, filerie, erano tutte attività e luoghi di lavoro che impegnavano i matti nella cura morale. I due sessi non dovevano avere alcun contatto fra loro; furono separati pure gli spazi dei matti frenetici da quelli dei

tranquilli. Per la parte scientifica fu collaborato da tutta la facoltà medica.

Già il Pisani aveva instaurato il gabinetto patologico per le autopsie, ma il Valdaura lo potenziò e riattivò fornendolo degli strumenti necessari per le sezioni. Da allora divenne attivissimo nelle autopsie, nella preparazione e conservazione di pezzi patologici.

### ***Da quel giorno io sempre migliorai***

Oggi uno psichiatra difficilmente parla di guarigione per gli ammalati che ha in cura. È anche vero che, col tempo, "guarigione" assume mille significati più uno, anche a seconda di quale patologia si prende in esame.

Se possiamo accettare, come minimo comune denominatore di tutte le definizioni/condizioni di "guarigione", il fatto che la persona si sente guarita e non ha più la sofferenza della malattia, viene dimessa dal luogo di cura, riprende le normali attività abbandonate per la malattia e per il periodo di cura, ritorna in famiglia o nella sua comunità d'origine; anche se lasciamo fuori la restituzione integrale dell'organo, a quanto pare, a dire anche del Pignocco, medico e figura di rilievo del Pisani, anche il manicomio guarisce. Ma anche a detta di tanti pazienti. "Guariva", pur dovendo accettare, tra le sue, teorie e conoscenze che oggi sono sicuramente scartate... ma guariva.

Tante cose facevano guarire, come tante altre potevano fare ammalare; delle une non si sapeva come facevano guarire, delle altre non si sapeva come facevano ammalare. Tutto poteva fare ammalare e tutto poteva fare guarire; ciò che è importante sembra essere che tale *tutto* rimanga però nelle mani della psichiatria. Questa, e non solo allora, naviga in questo oceano fantascientifico.

*Sapere è potere*, si dice. La psichiatria ha dimostrato, se non altro, il contrario, che *potere è sapere*. Infatti la credibilità al suo

fantascientifico sapere poteva derivargli solo dall'organizzarsi in organizzazione di potere protetta dallo Stato.

Si ipotizzavano guarigioni anche a seguito dell'intervento e della guarigione di altre malattie: quella, per esempio, di una spina ventosa, portava pure la parallela guarigione dalla pazzia.

Ciò si pensava allora.

Quella che segue è una lettera, al Direttore, da parte di un recluso in cura nel manicomio.

*«Visto i miei parenti che l'affare iva di male in peggio, e che non trovavano rimedio da opporre ai miei mali, fecero risoluzione di condurmi alla Real Casa dei Matti. [...] Nel corso di mia malattia mi si amministrarono vari rimedi, alcuni dei quali li rammento, e tra gli altri le aspersioni di acqua fredda mentre mi stava seduto nella sedia col giubbotto di forza;*

### **Anche l'acqua cura**

*le quali, quando l'acqua mi si gettava in faccia, non valevano al altro che ad accrescermi la confusione alla testa. Ma quando mi si faceva correre l'acqua a doccia sul capo, io ne provava ristoro, e mi alleggeriva il calore alla testa che per qualche tempo rimaneva serena. Mi furono applicati vescicanti alle braccia, dei quali ne ricevevi qualche vantaggio. Mi furon poste le mignatte all'ano ad onta della resistenza che io faceva; mi fu fatto un salasso, presi vari bagni freddi, a' quali venne condotto a forza dai custodi. [...] Quando veniva tuffato nell'acqua, io credeva che volevano annegarmi, e per ben due volte n'uscii tutto nudo, e senza sentire vergogna, andava correndo pel giardino. Ma intanto dimorando nel bagno svanivano quasi dell'intutto i pensieri che mi opprimevano continuamente; lo spirito si tranquillizzava, ed io riacquistava le perdute facoltà intellettuali. E quan-*

*do mi facevano scorrere l'acqua nel capo io entrava in una calma perfetta. [...] I vantaggi che ritrassi dall'uso continuo dei bagni coadiuvarono molto alla mia guarigione. [...] Fui posto più volte nella sedia col giubbotto di forza [...] e mi accorsi che quello era un castigo che mi si dava per non farmi saltare e rampicare qua e là; e perciò m'impegnava a starmene un po' quieto, affine d'essere posto in libertà. [...] Oh fausto giorno in cui [...] quasi scosso da profondo letargo rinvenni la smarrita ragione! [...] Da quel giorno io sempre migliorai [...] Ecco onorevolissimo signor Direttore la storia fedele dei mali che soffrii nel corso di circa tre mesi.*

*Il suo umilissimo e obbligatissimo  
servo.  
N. N.»*

Il compilatore colma le lacune della fedele narrazione del maniaco.

*«Nei primi giorni di quest'ultimo attacco fu assalito due volte da congestioni al cervello, che sebbene vinte per mezzo di salassi generali e locali, furon seguite da replicati accessi di mania, che ordinariamente si calmavano per l'uso dei bagni e delle aspersioni fredde. Dopo venti giorni dall'entrata, mostrò indebolimento cerebrale che parve un principio di demenza; ma per la comparsa di due accessi sotto le ascelle migliorò d'assai. [...] Due mesi dopo l'entrata, però mostra una seconda volta di voler cadere in demenza, e si ebbe di nuovo ricorso ai bagni e alle aspersioni fredde che gli recano anche giovamento. Da quest'epoca in poi non soffre che un altro accesso di mania; e per mezzo dei bagni e della cura morale si restituisce in perfetta salute, dopo due mesi e mezzo di malattia.*

*Il compilatore.»*

### **Follia e mali accidentali**

Dalla statistica medica della Real Casa dei Matti di Palermo, dal 1825 al 1851, si

evinces che le infermità accidentali da cui possono i pazzi essere colpiti, talvolta hanno l'effetto di sospendere o troncare il corso dell'alienazione mentale. Quasi in una logica... scientifica del chiodo scaccia chiodo.

- Alla fine di una *spina ventosa* (7) in una giovane donna affetta da mania con delirio generale, da tendenza irresistibile alla distruzione, era venuta meno l'agitazione, «*la foga delle scomposte idee*», fin quando dalla distruzione passò alla tranquillità e ai lavori produttivi.

- Il seguito a «*spina ventosa*» una donna «*caduta in erotomania; querula* (8), *loquacissima, maldicente, vessata d'appetiti venerei*» riacquistava tranquillità e l'uso integro della ragione.

- Un matto dopo un'operazione di «*ernia carcerata*» viene «*reintegrato nel senno, e tornato alla calma [...] sino alla guarigione del male, e anche in seguito*».

- Un matto per «*mania con delirio*», in seguito alla infiammazione con suppurazione ad un ginocchio, dopo essere stato operato ed evacuato di «*gran quantità di marcia*», migliora, e assieme al «*membro infermo*» guarisce «*la mente di quell'uomo che avea smarrito lo ben dell'intelletto*».

- Una giovane delusa in amore, prima si butta in mare, poi ingoia una «*pasta vescicante*», si ostina ad un severo digiuno, ha il fermo proposito di morire. In seguito alla infiammazione e alla suppurazione di una parotide, abbandona l'idea di voler morire e dopo due mesi di cure del dott. Bellitti guariva dalla parotide e tornava sana di mente.

- Una giovanetta in seguito ad un contrasto d'amore cade in erotomania. Viene colpita da Terzana (9) con febbre. Si somministra «*l'antiperiodico*» (10) e l'inferma guarisce dalla Terzana e dalla pazzia.

- Un uomo affetto da «*gastriche nevrosi con chiari segni di melancolia*», dopo una ricaduta, è assalito da febbre terzana e negli accessi febbrili è tranquillo; guarisce e torna alla ragione.

*«Non pertanto abbiamo argomento a conchiudere, che i morbo accidentali ed acuti da cui van presi i pazzi possono talvolta sospendere o troncare il corso dell'alienazione mentale. [...] Spesso accade che il disordine intellettuale si mostri sordo a qualunque naturale o artificiale infermità del suddetto genere.»*

*«Quando però la monomania, e a preferenza la mania, son di fresca data [...] allora forse possono essere capaci di buoni risultamenti gli sforzi a ripristinare gli scoli soppressi di ogni genere; allora forse son tollerati il setone, la moxa, i cauterj (11), ed altri simili tormenti che gli empirici e i rutinisti fan provare a titolo di cura.*

*Francesco Pignocco.»*

## CERTE CURE

*«Oggi si è voluto sostenere che anche la cangrena spiega una benefica influenza nei dementi, e più che ogni altro nei maniaci che ne vengon travagliati.» Studi in merito vengono condotti dal direttore del manicomio di Ferrara, dott. Girolamo Gambari.*

*«Tornati inutili i purgativi, li antelmintici, i bagni freddi, si applicarono alla nuca l'un dopo l'altro due larghi vescicanti, dopo i quali si manifestò un miglioramento a tipo terzanario [...] invano si somministrò per quasi un mese ad alta dose il solfato di chinino [...] comparsa un'escara gangrenosa, subito cessarono li accessi terzanari e le funzioni intellettuali si ricomposero stabilmente. [...] In capo al alcuni giorni cadde l'escara, la piaga avviossi a cicatrizzazione e allora l'ammalata ritornò confusa nei discorsi e presto ricadde nello stato di prima.» Comparsa «[...] alla gamba destra [...] una piaga gangrenosa [...] l'ammalata rinvenne subito alla ragione, come la prima volta. Col dissiparsi del processo gangrenoso, si dileguò di bel nuovo il miglioramento intellet-*

tuale, e questa volta [...] l'ammalata andò di male in peggio precipitando alla demenza.»

- «Il signor Gambari fa riflettere che, se eccettuasi Thore [...] i medici alienisti in generale trascurarono di segnalare questa benefica influenza che la gangrena può esercitare su il delirio.»

- «I dottori, Pignocco, Gebbia e Colli, ci assicurano che le loro osservazioni da loro fatte nel nostro manicomio [...] mostrano all'incontro che la gangrena negli alienati non ha portato mai alcun bene nella intelligenza.

*Il Compilatore.»*

### **Mezzi medicinali e cura morale**

- «L'anatomia patologica non è tuttora sufficiente a mostrare che l'alienazione mentale non possa consistere in un semplice disordine dell'elemento morale.

Conciossiaché gl'indurimenti, i ramollimenti, le congestioni, le infiammazioni cerebrali, gli stravasamenti di siero e tutte in somma le alterazioni che sogliono incontrarsi nel cervello dei pazzi si riguardano piuttosto come effetto che cagione di questo male. E quindi non son pochi coloro che professando le idee dei psicologi, pel trattamento della follia si attendono meglio alla cura morale che ai mezzi medicinali. Ora il dottor Moreau chiamando l'attenzione dei medici sui sintomi precursori della pazzia, i quali per la loro fugacità spesso sfuggono ai più accurati osservatori, vuol mostrare per proprie esperienze che nella pazzia, sebbene non esistano nei centri nervosi alterazioni facili a cadere sotto i sensi, pure queste debbono necessariamente ammettersi e che quindi possono esser vinte solamente dalla cura del medico.

*Il Compilatore.»*

**(Annales medico-psycolog.)**

## **MOREAU**

**(medico di Bicêtre)**

### **Ai medici anche la cura morale**

«L'autore raccomanda ai medici che lo studio di questi sintomi precursori della pazzia, i quali servono a dimostrare non già in semplice via induttiva, ma col mezzo della osservazione diretta e per così dire colla forza di una prova materiale, che nella pazzia i centri nervosi sono lesi nel loro dinamismo come sotto un'altra forma lo sono nelle malattie convulsive, che se bene non trattasi di disordini organici facili a scoprirsi dallo scalpello dell'anatomopatologo, pure quelle modificazioni della innervazione non sono però meno ammissibili [...] ne risulta [...] che alla cura delle alienazioni mentali non valgono né li educatori morali, né le corporazioni religiose, ma che la medesima la si deve fare dai medici.»

In una nota viene precisato: «Il dottor Moreau col dir questo, non è che intende escludere nel trattamento della follia la cura morale, i di cui felici risultati sono incontrastabili; ma vuole piuttosto che gli alienisti (12) di mente vengono affidati ai soli medici, che all'uopo sanno porre in uso sia i mezzi fisici che quelli morali.

*Il Compilatore.»*

### **L'organo della religione**

Nel cervello di una donna fu trovato, in seguito ad una autopsia, un sarcoma di straordinario volume «in quella donna non venne mai meno la fede religiosa [...] la intelligenza era rimasta integra. L'autore reputa anche interessante questo fatto sotto il rapporto della frenologia, dappoiché come sa ognuno Gall colloca l'organo della religione

*nella sommità del vertice; e nel caso di che è parola, quella parte del cervello che corrisponde appunto a questa regione era mancante, rimpiazzandola in sua vece la porzione più elevata del tumore: e frattanto in quella donna non venne mai meno la fede religiosa.»*

La “cura morale”, di derivazione psicologica, dà delle indicazioni sul come, relativamente alla pazzia, il Manicomio a Palermo nasceva prevalentemente come istituzione psicologica. Attraverso un passaggio da generale istituzione religiosa a psicologica, solo in un secondo momento diventava campo di battaglia per il nuovo potere che si andava definendo come medico-psichiatrico. Anche se il Pisani fu collaborato da medici, rispetto alla follia il trattamento prioritario fu quello che si ispirava allo psicologismo e basato, appunto, sulla *cura morale*.

Dal punto di vista degli psicologi, l'anatomia patologica niente sapeva di malattia mentale. Evidente era la tendenza ad assegnare una parte eccessiva alla psicologia, con le sue problematiche, le sue analisi, il suo soggettivismo, nell'accostare i problemi della follia, a scapito di un indirizzo, si pensava, più sperimentale, logico e più obiettivo. Intanto il dottor Moreau, di Bicêtre, affermava che è solo il medico che può curare la follia. Il Manicomio, in generale, nasceva già come campo di battaglia tra due poteri, quello psicologico e quello medico. Tale modalità di affrontamento del problema della sofferenza indicava già l'esclusione del resto della cittadinanza, della gente e la reclusione della sofferenza

<sup>1)</sup> «IL PISANI», Giornale Psichiatrico della REAL CASA DEI MATTI di Palermo, anno 1. - Vol.1; Stabilimento tipografico di FR. LAO, Palermo, 1853; Gennaio, febbraio e marzo 1853.

<sup>2)</sup> I matti pensionisti facevano parte del ceto più abbiente ed erano coloro che potevano usufruire del manicomio a pagamento. Allora i matti ricchi venivano separati da quelli poveri, avevano infatti alloggi diversi, una diversa alimentazione, un diverso trattamento in generale.

<sup>3)</sup> «Sotto il nome di “infermità morale” (“moral insanity”) lo psichiatra inglese J. C. Prichard (1835) descrisse “una sorta di disordine psichico che, lasciando più o meno completamente indenni le funzioni intellettive, investe in modo più o meno esclusivo la sfera del sentimento, del temperamento e dei costumi. Questi individui mostrano singolari perversioni e degenerazioni del senso morale inteso come regola di comportamento, ed hanno perduta, o notevolmente attenuata, ogni capacità di *autocontrollo*, tanto da riuscire più ad adeguarsi alle convenienze e alle regole dell'ambiente.” Da *Psicologia*, di Peter R. Hofstätter, Feltrinelli Editore, Milano, 1971.

<sup>4)</sup> Erano coloro che professavano “*le idee degli psicologi*” che si attenevano alla “*cura morale*”.

# «IL PISANI»

1883 (1)

## Cuore

### Sfigma e Globulimetria negli alienati (2)

*«Il pensiero, sublime prerogativa dell'uomo e sintesi completa delle facoltà psichiche coscienti, tiene a sostrato di sua manifestazione funzionale, al pari degli altri organi dell'animale economia, strumenti materiali (3), aventi leggi e correlazioni proprie.»*

### **Psicologia e fisiopatologia**

*«È compito della psicologia studiare le leggi che presiedono alla genesi del pensiero; mentre la fisio-patologia del sistema nervoso in genere, studiando gli organi somatici nelle loro condizioni ed attributi proprj a codesto svolgimento, nel mentre analizza la catena de' singoli processi elementari che armonicamente concorrono a dare questa sublime risultante funzionale della vita fisiologica, viene infine a delineare collo stesso rigore causale i perturbamenti e le deviazioni organiche nel campo patologico, del resto governato dagli stessi poteri generali della vita normale.»*

### **Psicologia metafisica e psicologia sperimentale**

*«Or a penetrare nell'essenza intima i fatti che costituiscono la vita si è visto in questi ultimi tempi che la grande maggioranza degli autori, tra cui principalissimi Wundt, Müller, Volkmann, Helmholtz, Herz, Fechner e Lotze, hanno più preferibilmente rivolto i loro studj sperimentali alla percettività, intelligenza, volizione, poteri cerebrali si complessi ed elevati da far me-*

*raviglia vederli inquadrati in formule più o meno algebriche e delineati a mezzo dell'analisi, della misura, del calcolo e del peso con quella precisione e rigore metafisico, proprj delle scienze esatte; mentre d'altro canto si è visto, per così dire, trascurato lo studio degli organi materiali che presiedono allo sviluppo dei fattori del pensiero; organi, il cui studio sperimentale darebbe con certezza risultati pratici eminentemente maggiori; potendo benissimo le nostre misure applicarsi più direttamente agli effetti ed alle condizioni dell'organo in funzione, anziché alle risultanze complesse ed alle cause astratte produttrici de' fenomeni.*

*Bisognerà dunque sostituire alla psicologia metafisica d'un tempo, fondata esclusivamente sull'osservazione interiore coll'uso del metodo subjettivo, una sana psicologia sperimentale che dai fatti risale alla genesi, allo sviluppo ed alla loro trasformazione, mettendo a profitto i risultati d'uno studio sperimentale possibilmente completo su ogni parte dell'animale economia per concorrere vantaggiosamente alla grande scienza del pensiero.»*

### **Soma cervello pensiero**

*«Pertanto nella vita psichica può darsi che è stato quasi esclusivamente il cervello l'organo somatico su cui si sono rivolti gli studj dei fisiologi, che sono alla ricerca della genesi del pensiero e delle leggi che ne assicurano lo regolare svolgimento; mentre, se da una parte egli rappresenta l'organo più nobile del nostro essere, il sito dove l'incitazione puramente fisica del mondo esteriore, percepita e trasmessa qual semplice vibrazione, si spiritualizza e diventa un'incitazione sensitiva cosciente e trasformata,*

### **Compiti della frenopatia**

*dall'altra pure e l'insieme del sistema nervoso della vita organica e di relazione, e gli organi dei sensi specifici e della sen-*

sibilità generale, e quelli della epurazione e secrezioni organiche, di nutrizione e d'assimilazione e di tutte le funzioni in genere dell'organismo, contribuiscono singolarmente e collettivamente alla elaborazione armonica di questo sublime prodotto funzionale nella vita fisiologica, come pure alla disarmonia funzionale della mente nel campo patologico, lo che caratterizza la frenopatia.

Lo studio sperimentale pertanto d'ogni punto del nostro organismo per la sua parte di contributo alla funzionalità della mente e pel gran concetto ed unità del disegno organico della natura, avrà sempre la sua alta importanza per i legami che strettamente ne annodano le funzioni col pensiero.»

### **Il cuore nella pazzia**

«Ora fra tutte queste diverse parti dell'organismo che influiscono sulla funzionalità cerebrale, nella cui disarmonica manifestazione sta la pazzia, io stimo principalissimi: il sangue e la sua pompa motrice, il cuore.»

«Ecco la ragione del mio insistere a che il coltello anatomico o il grande apparato strumentale della freniatria indaghi colla stessa diligenza le alterazioni dell'encefalo come di qualunque altro organo della animale economia, se vogliamo veramente innalzare un illuminato edificio patogenico in freniatria.»

### **Cause di frenopatie**

«Con ciò non intendo che ribadire una volta di più il concetto di quegli autori che nelle alterazioni qualitative e quantitative della irrigazione sanguigna cerebrale vedono le cause produttrici della maggior parte delle frenopatie. Ed invero l'illanguidimento proporzionale delle manifestazioni intellettuali nei lipemaniaci non dipende che da una insufficiente circolazione; d'onde l'immensa utilità ricavata dalla trasfusione del

sangue, che nella cura delle frenopatie è forse riserbata a migliori destini.»

### **Cuore e cervello**

«Quelle dilatazioni capillari, tanto bene descritte da Calmeil e formanti ricchi plessi alla superficie dei cervelli degli alienati paralitici e costituenti la periencefalite diffusa caratteristica del primo stadio della malattia non sono devolute che alla remora circolatoria indovatasi (4) nel cervello per alterazioni del muscolo cardiaco che vedremo tanto caratteristici nel cuore dei morti con frenosi paralitica, lo che mi diede la spinta principale a rivolger l'attenzione ed esaminare attentamente il cuore di tutti gli alienati per come han fatto gli alienisti per la parte anatomo-patologica e per come spero di trattare io nel presente lavoro dal lato clinico sperimentale.»

### **La chimica del cervello**

«La chimica del pensiero, segreto importantissimo che ne assicura lo svolgimento, allora solo potrà suggerire quei compensi curativi proprj a far rientrare nei limiti normali gli scompigliati atti della mente, quando saranno inoltrati gli studj severi sul sangue, sostanza primigenia indispensabile per la catena di quegli scambi molecolari da cui dipende la funzionalità degli organi dell'animale economia in genere nella preparazione e determinazione del pensiero in ispecie, come pure sul cuore, motore importantissimo che ne regola il corso e dalla cui semplice alterazione funzionale abbiam visto poterne risultare disturbi circolatorj determinanti alterazioni trofiche delle cellule cerebrali, dove sono da ricercarsi le cagioni produttrici della pazzia e dal cui studio può risultarne vantaggio non poco alla cura delle malattie mentali, troppo trascurata ai giorni nostri e che pure forma lo scopo ultimo di tutti i nostri studj.»

Lo «studio che dovrà riuscire eminentemente proficuo ora che sembra quasi comunemente accettata l'idea che nei pazzi l'ingiuria delle sorgenti nutritive rappresenta il primo anello di quella catena patogenetica che costituisce la malattia.»

### **Cuori affettati**

«La costanza poi delle alterazioni materiali trovate nel cuore dei pazzi, sezionati nel nostro anfiteatro anatomico [...] ci hanno fatto sospettare che allo sviluppo delle frenosi debba seriamente influire questo viscere importante dell'animale economia ... »

### **Il cuore ingrossato**

«W. Burman poi conferma queste relazioni patogenetiche tra cuore e follia e nel nostro manicomio da qualche tempo abbiamo fissato l'attenzione sul cuore dei pazzi selezionati e pressoché costantemente abbiamo trovato che in compagnia delle lesioni cerebrali e meningei (iperemie, ispessimenti, opacamenti etc.) havvi costantemente una lesione di cuore consistente in una ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro con atrofia delle pareti ventricolari destre, sede frequente d'endomiocardite ulcerosa.»

«L'ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore dei pazzi, riscontrata al tavolo anatomico con tanta frequenza da farvi portar sopra la nostra attenzione, trova la sua piena conferma al letto dell'infermo, dove l'abbiam visto in una forte quota percentuale del 90% circa.»

Ancora sulle cardiopatie nei pazzi il prof. B. Salemi-Pace (5) ci dice:

### **Cuore malato**

«Le osservazioni necroscopiche eseguite in un quinquennio (1879-83) nel manicomio di Palermo, rivelarono un gran nu-

mero di cardiopatie nei pazzi ed attrassero in modo singolare la mia attenzione.»

## **Dalla materia al pensiero**

Il pensiero - non materia - viaggia su «strumenti materiali», quindi su un «sostrato», che gli consente la «sua manifestazione funzionale», consistente «al pari degli altri organi dell'animale economia» di «strumenti materiali, aventi leggi e correlazioni proprie», ma anche su un substrato chimico: «la chimica del pensiero».

Una concezione in cui «organi materiali [...] presiedono allo sviluppo dei fattori del pensiero», non materiale, in quanto nel cervello, organo somatico, «l'incitazione puramente fisica del mondo esteriore, percepita e trasmessa qual semplice vibrazione, si spiritualizza e diventa un'incitazione sensitiva cosciente e trasformata [...]».

Gli studi fisiologici, nella vita psichica, si rivolgono al cervello quale organo somatico; mentre la frenopatia si rivolge allo studio della disarmonia funzionale della mente nel campo patologico. Alla funzionalità cerebrale contribuiscono anche le altre diverse parti dell'organismo. Il cervello, quindi l'encefalo, sembra così uscire dalla prerogativa di unico produttore del pensiero, a cui pare contribuiscono, con una loro parte da identificare ancora, tutti gli altri organi ma, in modo particolare, anche il sistema circolatorio. Tale concezione ampliò ulteriormente il potere della Psichiatria attraverso la Frenopatia, che aggiunse alla affettatura dei cervelli quella dei cuori.

Si ha un pensiero come spirito o non-materia, non definito, alla stessa stregua de-

gli strumenti materiali su cui viaggia o di cui è creduto manifestazione. L'unica definizione-indicazione sembra essere un aspetto materiale, il cervello, e un aspetto non-materiale-spirituale, in reciproca dipendenza, il pensiero. Il altri termini niente di nuovo rispetto al dualismo di vecchia memoria tra anima e corpo. Evidentemente ci si doveva sentire più vicini alla risoluzione della questione individuando nel cervello e nel pensiero i termini del discorso. Nemmeno ciò però rappresentava una qualche novità sostanziale.

Nonostante ciò il pensiero mostra/esprime la possibilità di una facoltà psichica cosciente; ma è anche espressione animata di quegli organi che rimarrebbero strumenti inanimati se ne fossero privi.

Ci troviamo di fronte ad organi somatici che producono, secernono, manifestano come loro prodotto o funzione un qualcosa di non-somatico, non-materiale, spirituale: il pensiero; attraverso un loro più fine substrato: «*la chimica del pensiero*». Si va così dall'organo somatico, alle «*cellule cerebrali*», alla «*chimica del pensiero*». È in questo punto la difficoltà non superata fino ad oggi: il passaggio dalla materia alla non-materia, dalla materia al pensiero; nel *come*, cioè, da un substrato materiale viene prodotto ciò che chiamiamo *pensiero*, non materiale.

### ***Come se...***

Tutto ciò lascia sovvenire il pensiero di una macchina, un'automobile, che può *produrre* un movimento, uno spostamento, un cambiamento nello spazio-tempo... *come se*, quel *prodotto*, fosse il pensiero di quella macchina.

Esportiamo così un'idea (quella del pensiero come prodotto di un substrato materiale) applicandola ad ogni substrato materiale.

Dilatiamo quella possibilità, di produrre il non-materiale, ad ogni substrato materiale diverso dal cervello.

Così, se il prodotto non-materiale dell'encefalo è il pensiero, di una macchina può essere il suo moto. Se da un substrato materiale come il cervello viene prodotto, o comunque scaturisce, un prodotto immateriale quale il pensiero, perché non è pensabile che ogni materiale possa rappresentare il substrato per un suo prodotto non-materiale?

Una pazza idea. Noi la usiamo per capire come si è ragionato sul nostro cervello e sul nostro pensiero.

Abbiamo creato un contesto di pensiero; una situazione in cui la macchina ci appare come l'organo somatico, mentre il moto, per esempio, ci appare come il suo pensiero, l'aspetto immateriale, l'espressione di quell'organo, ciò che rende quell'organo animato. Il movimento, lo spostamento, la velocità, il cambiamento nello spazio-tempo non rappresentano oggetti, non entrano nella categoria di oggetti, materiali, alla stessa stregua dell'organo somatico; ma costituiscono l'espressione immateriale di un substrato materiale, la macchina, l'oggetto, etc.

La macchina l'organo; il moto, il suo pensiero secreto. Se il pensiero è l'espressione del cervello, quale organo somatico, perché non possiamo dire il moto, espressione della macchina, il pensiero di quella macchina? Non hanno il moto e il pensiero una unica espressione: la non-materia, e un bisogno comune: un substrato materiale, il cervello e la macchina, che permette loro di esprimersi o che loro produce?

Questo modo di ragionare è sottinteso ad un'altra ipotesi più esplicita che vuole che, conoscendo la macchina, possiamo capire, spiegare il suo movimento; come possiamo ugualmente, da un suo mancato o erroneo moto/spostamento, intuire che in quella macchina qualcosa non funziona e *cosa* non funziona. Dove, a *cosa* riferiamo l'oggetto (una parte o tutta la macchina), a *funziona* riferiamo il non-oggetto, la non-materia, il moto o il pensiero. Da cui: *cosa-materiale-*

*soma e funzione-moto-nonmateriale-pensiero*. Se, in questo modo, abbiamo collegato l'idea di ogni pezzo di quella macchina all'idea di una sua funzione partecipe del moto, tale che una variazione nel moto ci indica che quel pezzo s'è guastato, possiamo individuare tutte le funzioni dei vari pezzi nel contribuire al moto complessivo.

Ci siamo creati l'idea di un moto/pensiero. Possiamo quindi individuare il moto-pensiero come espressione della funzionalità della macchina-cervello, come possiamo individuare il coordinamento dei vari pezzi (organi) nell'organizzazione del moto-pensiero.

Il moto e il pensiero, nella loro immaterialità derivante dalla materialità, rimangono un mistero.

L'analogia, e comunque il ragionare sul cervello come su una macchina, o come su una radio, lasciò nascere e svilupparsi l'applicazione del tanto beatificato elettrochoc. Anche la macchina/radio bene si prestava all'analogia: da un substrato materiale, i vari componenti della radio, veniva prodotto un suono, l'aspetto immateriale.

L'idea era che conoscendo gli organi somatici si sarebbe potuto conoscere il loro secreto, la loro espressione.

Immaginando, o utilizzando metodologicamente, una logica gerarchica, si considerano tutti gli organi al servizio di un organo massimo (in quanto produttore del pensiero): il cervello, che per essere servito manda disposizioni agli altri organi mettendosi con questi in comunicazione.

La fine del 1800 chiudeva con questo tipo di concezione che, con qualche lieve variazione, rimane la base del pensiero della Psichiatria fino ai nostri giorni.

Per la macchina, il movimento si collega facilmente al suo produttore; per il cervello tale collegamento è solo intuito, presupposto. Si doveva approfondire e incominciare a smontare la macchina fin nei suoi più infimi pezzi... fino ad arrivare al pensiero.

## ***Psicologia e Fisiopatologia***

È questa filosofia che ha prodotto l'affettatura di cervelli e organi vari.

È la Fisiopatologia che «*analizza la catena de' singoli processi elementari che armonicamente concorrono a dare questa sublime risultante funzionale della vita fisiologica*». La Fisiopatologia studia così il cervello sano che produce un pensiero sano e ordinato, come un cervello ammalato che produce un pensiero ammalato e disordinato.

La Psicologia studia il pensiero, la sua genesi, disinteressandosi del suo substrato. La Fisiopatologia studia il substrato del pensiero. La misura, la quantità è alla base del loro metodo di studio. Da ciò la critica alla Psicologia che vuole misurare un fattore non-materiale con «*formule più o meno algebriche e delineati a mezzo dell'analisi, della misura, del calcolo e del peso con quella precisione e rigore metafisico, propri delle scienze esatte*», mentre si è «*trascurato lo studio degli organi materiali che presiedono allo sviluppo dei fattori di pensiero*». Tale studio di organi, in quanto condotto su «*materiale*», rende più adeguata l'applicazione della «*misurazione*» che misura gli effetti e le condizioni dell'organo in funzione.

Nonostante lo studio della Fisiopatologia sugli organi e la sua possibilità di misurazione poco si intende come dallo studio misurativo dell'organo, materiale, possa automaticamente scaturire la misurazione, quindi la causa, del pensiero, rimasto non-materiale, come suo prodotto.

## ***La ricerca del pensiero***

La ricerca che ha per oggetto il pensiero va allora, essenzialmente, verso la teorizzazione di un principio di causalità con tre quesiti basilari:

- *come «strumenti materiali» producano un qualcosa di non-materiale;*

- quale è la causa del pensiero a partire dal substrato materiale;

- come l'uno (il substrato materiale) è causa dell'altro (il pensiero) che ne è effetto?  
(6)

### **Di follia e causalità (7)**

«Col nome di Psichiatria noi intendiamo anzi tutto la scienza che tratta delle malattie mentali in senso ristretto; cioè di quei processi morbosi dell'organismo, nei quali ci si rivelano alterati in maniera prevalente, - talora quasi esclusiva -, l'intelligenza, lo stato affettivo, l'attività volontaria.

Ma noi, a differenza di altri autori anche recenti, non crediamo il campo della nostra scienza debba ritenersi limitato da così angusti confini: anzi, per vedute teoretiche non meno che per considerazioni pratiche, comprendiamo nella Psichiatria lo studio di tutte le alterazioni dei fenomeni psichici, indipendentemente dalla forma nosologica in cui esse possono manifestarsi.

### **Base anatomica delle malattie mentali e sede dei fenomeni psichici**

La sezione necroscopica di individui morti durante un periodo di malattia mentale, o che in qualche modo presentarono anomalie lievi o notevoli nell'attività psichica, ci permette molto di rado di riferire all'alterazione anatomica di un dato organo il disturbo psichico osservato in vita, quasi mai poi essa ci spiega la patogenesi della forma morbosa mentale.

[...] Le più svariate lesioni possono riscontrarsi al tavolo anatomico nei visceri e nei tessuti del corpo nei pazzi [...] Però anche tali lesioni, e specialmente quelle dei centri nervosi, sono in gran parte fino ad oggi mal definite; inoltre manca la costante corrispondenza di una data alterazione organica al sintoma psichico [...] finalmente,

in un gran numero di casi, mentre l'ammalato aveva presentato le note più spiccate di un disordine mentale grave e duraturo, il cadavere, anche all'esame istologico praticato coi metodi che la progredita tecnica istologica pone a nostro servizio, non ci lascia vedere, particolarmente nel sistema nervoso, alcuna lesione apprezzabile; sicché noi dovremmo quasi concludere che non conosciamo né per la loro natura, né per la loro sede, alterazioni anatomo-patologiche, la cui presenza sia insieme necessaria e sufficiente a produrre un turbamento qualsiasi delle funzioni mentali.

[...] Nella Psichiatria lo studio delle cause morbose forma un capitolo altrettanto difficile che importante. Gli ostacoli che ci troviamo di fronte allorché ci proponiamo di indagare l'eziologia della psicosi sono infatti innumerevoli, sì da farci quasi dubitare talvolta che la legge di causalità, assioma sovrano per tutte le scienze sperimentali, non sia sempre applicabile nella scienza nostra (Kraepelin).

Ma anche nella Psichiatria la legge ha valore; anche nel campo delle malattie mentali ad ogni causa corrisponde sempre un dato effetto e non v'è effetto senza una causa corrispondente e adeguata: solo la complessità dei fenomeni psichici e dei loro meccanismi genetici, l'insufficienza dei nostri mezzi d'indagine, il lento prepararsi e svolgersi delle malattie mentali ci nascondono i rapporti causali.»

Si ritorna allora alla logica del *come se...* del discorso sulla macchina e il moto, alla logica comparativa.

La Psicologia ha studiato il movimento tralasciando l'organo-macchina. La Fisiopatologia si appropria della macchina sicura che solo così spiegherà il movimento-pensiero. Si appropria del cervello-macchina sicura di poter spiegare il pensiero.

Se la follia è disordine del pensiero, allora è anche disordine, patologia del cer-

vello. Se il medico è *medico del cervello* vuole essere anche medico del pensiero, del pensiero guasto, quindi della follia.

Ciò non solo alla fine dell'800, ma anche alla fine del 900, dove risulta ancora impossibile spiegare il pensiero come secrezione-prodotto del cervello alla stessa stregua del succo di limone prodotto del limone.

Come per una variazione del moto/guasto, o della macchina guasta, si apporta una modifica, una variazione meccanica all'automobile, così per una variazione/avaria delle espressioni del pensiero si apporta una variazione, per esempio farmacologica, nel cervello. Anche in questo caso il sangue contribuisce al ripristino del pensiero funzionale, attraverso il trasporto del farmaco.

Se tutti gli organi servono il cervello il sangue e il cuore hanno evidentemente proprio una funzione essenziale. Anzi diventano la spiegazione della follia, del disordine del pensiero, ma anche un mezzo per il loro ripristino.

Un'arbitraria e mai incerta logica che la manifestazione non-materiale del pensiero viaggia sul sostrato materiale del cervello tale che lo spiegarsi dell'organo equivale allo spiegarsi il pensiero.

È così che, forse un po' grossolanamente, si pensava. È così che pensa, forse un po' più raffinemente, la Psichiatria odierna. Oggi in questa logica di pensiero si inserisce la farmacoterapia.

In questa logica di pensiero, in questo tipo di ricerca e nella epistemologia che la sottende non trova però mai assolutamente spazio il divenire del manicomio prima, della manicomializzazione del territorio poi; strumenti di potere, di reclusione, di esclusione, di repressione, di annichilimento della persona a cui non viene lasciato spazio, in una società della delega e della produzione in tutt'altre faccende affaccendata esprimendosi con manicomi e galere... segno di civiltà e progresso.

<sup>1)</sup> «IL PISANI» GAZZETTA SICULA, di Scienze Mediche e Psicologiche, con particolare indirizzo alle malattie nervose e mentali; Organo del Manicomio di Palermo; Anno IV., Palermo - Carini, Caronna & Macoclin, Stamperia Militare, Via Infermeria Cappuccini, n° 5, 1883.

<sup>2)</sup> «Studj Clinico - sperimentali, del Dott. Pietro Brancaleone-Ribaudo, Medico-Chirurgo del Manicomio.»

<sup>3)</sup> *Strumenti* - Come mezzi per conseguire uno scopo.

<sup>4)</sup> *Indovatasi* - Da *indovare* [comp, da *in-* e *dove*, verbo coniato da Dante e usato nel Paradiso (XXXIII, 138), Ant. lett. *Porsi, collocarsi in un certo luogo*.

<sup>5)</sup> Da «*Le Cardiopatie nei pazzi, Loro patogenesi e Studj Anatomico-Patologici del Prof. B. Salemi - Pace, in "IL PISANI" Gazzetta Sicula.*»

<sup>6)</sup> *Di "causa", "causalità" e "principio di causalità"*.

«Causa - Qualunque cosa responsabile di cangiamento, moto o azione. Nella storia della filosofia numerose interpretazioni furono date al termine. Aristotele distingueva tra:

1) la causa materiale, quella di cui qualcosa deriva;

2) la causa formale, cioè il modello o essenza che determina la creazione di una cosa;

3) la causa efficiente o la forza o attività che produce effetto; e

4) la causa finale o scopo. Molti pensatori parlano anche della

5) causa prima, normalmente concepita come Dio.

Durante il Rinascimento, con lo svilupparsi di un interesse scientifico per la natura, la causa fu concepita di solito come un oggetto. Oggi, essa è generalmente interpretata come un'energia o azione, in connessione o no con la materia. Secondo Newton "agli stessi effetti naturali dobbiamo assegnare, per quanto possibile, le medesime cause". Ma J. S. Mill oppose, nella sua teoria della pluralità delle cause, che un effetto, o una specie di effetto (ad es. il calore o la morte), può essere prodotto da varie cause. La prima formulazione chiara del principio fu data da Leucippo: "Nulla accade senza un fondamento, ma tutto per una causa e di necessità". - (Ralph B. Winn)

Nella Scolastica: D'accordo con Aristotele si distinguono quattro cause:

a) la causa efficiente, dalla quale qualsiasi mutamento è prodotto nell'ordine dell'esecuzione;

b) la causa materiale, quella dalla quale ha origine un nuovo essere, materia prima in confronto

alle forme sostanziali, e materia seconda in confronto alle forme accidentali (vedi *Forma; Materia*);

c) la causa formale, l'atto per il quale un substrato materiale è determinato ad un nuovo essere, sostanziale o accidentale;

d) la causa finale, quella per la quale qualcosa è o diviene.

Tutte le cose tendono verso un termine mosse da un "appetito naturale" (Rudolf Allers)». (Dagobert D. Runes, *Dizionario di Filosofia*, Oscar Studio Mondadori, Arnoldo Mondadori Editore, Vicenza, 1973.)

«*Causalità* - Il rapporto tra una causa e il suo effetto. Questo rapporto è stato definito come:

1) Una relazione tra eventi, processi o entità nella stessa serie temporale, tale che

a) quando l'uno accade, l'altro segue necessariamente (condizione sufficiente),

b) quando il secondo avviene, il primo deve averlo preceduto (condizione necessaria),

c) entrambe le condizioni a e b si verificano (condizione sufficiente e necessaria),

d) quando l'uno accade sotto determinate condizioni, l'altro necessariamente ne segue (condizione concorrente, ma non sufficiente) (la "causalità multipla" sarebbe un caso che implica cause distinte che concorrono distintamente e sono sufficienti nella loro unione); in tutti questi casi la necessità non è quella dell'implicazione logica, né quella della coercizione.

2) Una relazione tra questi eventi, processi o entità nella stessa serie temporale, tale che quando l'uno avviene l'altro invariabilmente segue (antecedente invariabile).

3) Una relazione tra eventi, processi o entità tale che uno ha la capacità di produrre o mutare l'altro.

4) Una relazione tra eventi, processi o entità tale che senza l'uno, l'altro non potrebbe accadere, come nella relazione

a) tra la materia con la quale un prodotto è fatto ed il prodotto finito (causa materiale),

b) tra la struttura o forma e l'individuo che le dà corpo (causa formale),

c) tra una meta o scopo (sia supposto esistente nel futuro come un particolare tipo di entità, fuori della serie temporale, sia semplicemente come un'idea di chi se lo propone) e l'attività per conseguirlo (causa finale), tra una forza agente ed il processo o risultato della sua azione (causa efficiente).

5) Una relazione tra eventi, processi o entità sperimentali ed eventi, processi o entità extra-sperimentali, ma temporali o non temporali, dall'esistenza dei quali i primi dipendono.

6) Una relazione di una cosa con se stessa, quando essa non dipende da nient'altro per la sua esistenza (*causa sui*).

7) Una relazione tra un evento, processo o entità e la ragione o spiegazione del suo essere.

8) Una relazione tra un'idea ed un'esperienza, la cui aspettativa l'idea risveglia per l'abituale associazione delle due in questa successione.

9) Un principio o categoria che introduce nell'esperienza uno dei predetti tipi di ordine; questo principio può essere inerente alla mente, creato dalla mente o derivato dall'esperienza; esso può essere un'ipotesi esplicativa, un postulato, una finzione conveniente, o una forma necessaria del pensiero. Si è concepita la causalità come esistente tra processi, parti di un processo continuo, parti in mutamento di un tutto immutabile, oggetti, eventi, idee, o tra qualcosa di uno di questi tipi e qualcosa di un altro. Quando si dice che un'entità, un evento o processo segue da un altro, ciò può voler significare che esso deve succedere, ma non può essere né contemporaneo, né anteriore all'altro, o che deve succedere o essere contemporaneo e dipendente dall'altro, ma non può precederlo o che uno è dipendente dall'altro, ma che o non sono nella stessa serie temporale o uno non è affatto in una serie temporale. (Morris T. Keeton)». (Dagobert D. Runes, *Dizionario di Filosofia*, Oscar Studio Mondadori, Arnoldo Mondadori Editore, Vicenza, 1973.)

«Il *Principio di Causalità*, esprime il carattere di universalità e necessità del rapporto tra causa ed effetto [...] "Nulla accade senza cause; ogni fenomeno ha una causa", ossia va riferito a un complesso di antecedenti che costituiscono le condizioni necessarie e sufficienti del suo prodursi. [...] La causalità *meccanica* è quella per cui un fenomeno si produce necessariamente in virtù delle condizioni che ne sono la causa, senza che in questa produttività abbia alcuna parte la rappresentazione del fenomeno stesso che si produce.» (Dizionario di Termini Filosofici, E. P. Lamanna - F. Adorno; ed. Le Monnier, 1971.)

<sup>7)</sup> Biblioteca Medica Italiana, Trattato completo di Patologia e Terapia Speciale Medica, diretto dal Prof. Achille De Giovanni; *Le Malattie Mentali Del Prof. Ernesto Belmondo*, Direttore della Clinica psichiatrica della R. Università di Padova - Casa Editrice - Dottor Francesco Villardi - Milano. Del volume in oggetto non c'è alcuna indicazione sull'anno di pubblicazione. L'unica indicazione, in un angolo, a penna, è "VII - 1908".

# «IL PISANI»

## 1935 (1)

### 1927 - Da Manicomio ad Ospedale Psichiatrico

«Il 15 Dicembre 1934, VIII, nell'assumere, ufficialmente, la direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Palermo alla presenza di S. E. Marziali, Prefetto della Provincia e delle alte gerarchie cittadine, il Prof. Giuseppe Santangelo esprime una volontà, che costituiva un impegno solenne, proponendosi di "bandire tutto ciò che in questo Istituto ricorda ancora, purtroppo, il Manicomio vecchio tipo, e dare vita ad una assistenza veramente ospedaliera, quale era in effetti da attendersi dalla mutata denominazione dell'Istituto, praticata dal 1927, ma che, per ragioni complesse, aveva avuto soltanto il valore di una sostituzione di parole, per convenienza sociale"».

Già nel 1935, Santangelo ebbe modo di ristrutturare quello che già da tempo si chiamava "Ospedale Psichiatrico", riordinando, si può dire radicalmente, l'organizzazione dei vari reparti.

Anche nell'Ospedale Psichiatrico, al primo gradino della classificazione rimaneva la *folia*. Non in una chiara definizione che la individuava e separava da altre malattie, ma come denominazione di una situazione sottintesa: la diagnosi avveniva nel sociale, che intuiva in un certo comportamento un "dardi testa", un "dare i numeri" o "la pazzia".

Un certo comportamento avviava al manicomio. Specie se disturbante la quiete pubblica, o se *pericoloso per sé e per gli altri*.

### La diagnosi

Tutto, attorno, dichiarava un individuo *folle*, da rinchiudere. Ecco la diagnosi. Era secondario che un folle fosse anche tracomatoso, o tubercoloso; che avesse una

qualsiasi altra patologia o che il suo disturbo fosse consequenziale all'assunzione di alcool. Sempre in Manicomio finiva.

### La città della follia

Da ciò una complessa strutturazione di questa macchina colossale che si organizza prima di tutto come città della follia, si divide in vari reparti a seconda delle categorie patologiche psichiatriche, ma a seconda, anche, delle malattie aggiunte. Una città che si organizza per separazioni e categorie.

### Separazione su separazione

Chi vi è ammesso, dopo essere stato espulso, per una qualche difficoltà, dalla società, finisce di essere individuo nella sua globalità e diventa, prima di tutto, *il folle*. E siccome la Scienza dice che non tutti i folli sono uguali, intuendone vari livelli, si presume una organizzazione degli spazi per patologia. Ecco un primo livello. Tra quelli con comune patologia ci sono *gli agitati, i semiagitati, i tranquilli*. Un altro livello. Un'altra separazione riguarda i sessi. Le varie malattie aggiunte richiedono un'ulteriore separazione. Poi i *sudici, i secernenti e i non secernenti, i comuni, i disordinati...* e via dicendo.

Non necessariamente inclementi dobbiamo essere nel parlare di manicomio.

Dopo tutto esso è la coerente espressione manifesta di una società che organizza i suoi individui in rapporti di potere e non di solidarietà; in Stati, imperi, patrie, nazioni, razze, regioni, comuni, provincie, istituzioni; che non lascia spazio alla comunità. È per questo che durante le nostre analisi non abbiamo in mente che il pazzo fuori del manicomio avrebbe avuto sicuramente un trattamento migliore senza una qualche forma di comunità pronta ad accogliere sì quella sofferenza ma anche ad indirizzarla verso gioia e soddisfazione di vita. Nè possiamo mai avere in mente che possa stare meglio fuori dal manicomio se contemporaneamente

te non si crei attorno a lui una comunità che diventi la sua comunità ma anche la comunità di tutti quelli che la compongono. Avrà forse un vestito più bello, un paio di scarpe nuove e potrà essere portato, se il suo livello di distruzione glielo consente ancora, qualche volta al cinema. Forse è tanto, rispetto a quanto non ha in manicomio. Forse ciò ci farà sentire meglio e con la coscienza più a posto, ma non necessariamente significa che quella persona vivrà meglio... anche se, per questo *meglio*, basta poco. Forse attenuerà anche il senso del nuovo manicomio fuori nel territorio.

Allora è da respingere un progetto che guardi solo alla chiusura del manicomio. Un progetto, maliziosamente parziale, che non guardi alla complessità del problema *esclusione* è quello di chi il manicomio non vuole chiuderlo e di chi ha già, così, dato un grosso contributo anche al nuovo manicomio sul territorio.

Di questo pericolo i reclusi del Pisani sono più coscienti di noi. Meglio di noi sanno che cosa è questa società, questo Stato. Quando vengono invitati a riflettere su una loro, anche improbabile, dimissione, se non hanno perso totalmente la parola, cambiano discorso, si rifiutano totalmente o esprimono tutta la loro preoccupazione e paura.

In una situazione di totale abbandono il manicomio ha dato loro una tazza di latte, un piatto di pasta, una minestrina la sera, uno straccio da tenere addosso per ripararsi un po' dal freddo, un tetto, un pagliericcio per le tormentate ossa. Ha dato loro il poetico ma patetico piacere e gusto di rincorrersi e d'ammazzarsi per una invisibile cicca di sigaretta. Io ho sentito gridare di gioia persone di fronte ad un'altra che, da lontano, già offriva loro, non un tiro di cicca ancora, ma la sola speranza che ci potesse essere, ancora, un tiro... da dividere.

La loro paura, che è poi quella di tutti gli operatori che lavorano in manicomio, è fondata, reale, giustificata, comprensibile:

che una dimissione li possa costringere in un abbandono peggiore, nella spazzatura, allo scherno della gente, ad essere malmenati mentre stanno pisciando in un angolo di città, come sono abituati a fare in manicomio.

Tutto ciò alcuni agitano come spauracchio, mentre, per altri, è una paura sincera. Sicuramente è un semplice esempio di quanta fiducia si abbia in questa società, palermitana, siciliana; e in questo Stato.

Paradossalmente il manicomio, già invivibile e mortale, ha strappato i pazzi alla più invivibile e mortale società. Allora quando diciamo che l'istituzione è il riflesso della società forse siamo troppo ottimisti per la società; infatti questa, specie per chi ha più bisogno, per chi è più debole, è ancora più mortale del manicomio stesso.

Il non essere necessariamente inclementi non vuol dire comunque che il manicomio andava o che va conservato. Il manicomio andava e va distrutto; e, in quanto riflesso di un tipo preciso di società, il concentrato dell'abiezione che essa riesce ad esprimere, anche quella società va distrutta.

Ecco immediatamente scagliati in una dimensione altra: la distruzione delle strutture di sofferenza e morte. Essa non può trovare posto nella razionalità dominante, nel calcolo economico, nel pretesto scientifico che hanno tenuto in piedi, fino ai nostri giorni, strutture di morte come i manicomi e le galere e che ci stanno avviando ancora solo verso nuovi manicomi e galere solo più razionali.

In ogni momento della storia del manicomio c'è una razionalizzazione, una spiegazione del suo perché e del perché il folle deve restare dentro.

In ogni momento c'è un calcolo economico, di opportunità per il potere del momento, una considerazione di ordine sociale; perfino una considerazione di ordine morale, scientifico.

Se tutto ciò porta comunque al manicomio e solo ad esso, la sua distruzione

diventa necessaria e urgente proprio perché essa, non entrando in tal patetico razionalizzare, oltre ad essere già radicale cambiamento, lascia intravedere qualche reale spiraglio di costruzione nel senso di un'altra quantomeno più dignitosa realtà.

Diventa allora sempre più importante capire da che cosa dipende, all'interno di società, *tra le più civili*, l'organizzazione e la creazione di macchine infernali come quella dell'istituzione psichiatrica che trova il suo parallelo nell'istituzione carceraria.

Pur non individuando un rapporto lineare di causa-effetto, e pur convinti di un complesso di cause da cui un complesso di effetti, possiamo ugualmente prendere in considerazione, non a scapito di altri, degli aspetti che, a nostro avviso, hanno un ruolo determinante nella creazione di dimensioni contrarie alla vita.

### ***Scienza e banalità***

Una dimensione manichea riusciamo a creare a partire da una mentalità, un modo di pensare e un comportamento che immaginano la realtà divisa in Scienza e non-Scienza, in Scienza e falso, in Scienza e nullità, in Scienza e banalità. Non come necessarie e vitali, quindi compenetrabili momenti di una *unitarietà* dell'essere e della conoscenza individuabile nella realtà, nella società o nell'individuo, ma come inconciliabili e opposte forze che squartano, scindono, dissociano i campi in cui li riscontriamo e si scontrano, anche quando il campo è quella inscindibile monade dell'individuo. Così tutto ciò che non è Scienza, le cui caratteristiche vengono escluse - per fortuna anche! - dalla possibilità di accesso alle categorie scientifiche, è nullità, non-Scienza, falso; non ha insomma *voce in capitolo* e, di conseguenza, nemmeno chi del mondo scientifico non fa parte. Non ha voce non solo in questioni di Scienza, ma nemmeno in questioni di vita che, se non entrano nei parametri scientifici, non trovano spazi di espressione se non attraverso delle

forme e delle modalità che, espropriate del loro significato, vengono catalogate e criminalizzate come follia. Ma la follia, se è sofferenza ed espressione umana, è prima di tutto una questione di vita. Solo dopo può diventare *anche*, ma non solo, una questione di Scienza. La banalità si contrappone; ma nemmeno... in quanto non gli vengono riconosciute, perché spossessata, armi contrappositive; si pone di fronte allora, come non verità, alla Scienza che assume il ruolo di unica verità. Pur nelle sue contraddizioni infatti, pur nel suo continuo cambiamento da una verità all'altra, viene riconosciuta come l'unica verità possibile. Solo che ogni tanto viene evidenziato, per esempio, il suo imbarazzo per la sua incapacità di comprendere un sasso che vola da un cavalcavia.

Così abbiamo la Scienza e la banalità, il cui comportamento è per l'una di massima espressione di potere, per l'altra di massima espressione di non-potere.

Il non-potere che paradossalmente diventa la forza della banalità, ma anche la nostra forza e ciò che ci fa essere quello che siamo, non ha bisogno di luoghi di culto. Mentre la banalità ha il posto di tutti i giorni e lo spazio di tutti i luoghi, è l'essenza di tutti gli incontri, l'essenza dell'essere della nostra vita, la Scienza, nuova religione, ha i suoi luoghi di culto, le sue chiese, ma, prima ancora ha le sue banche. Il manicomio è una banca, una Chiesa per la Scienza della mente, praticata dai sacerdoti della mente.

La banalità, di fronte alla religione, doveva cedere. Per il comportamento della follia, incomprensibile, la banalità era di nessuna utilità. Occorreva la cura della psichiatria. La banalità era troppo conosciuta per accogliere il mistero della follia. Quel mistero doveva essere letto con un altro mistero; doveva essere affidato al mistero della psichiatria e del manicomio.

Si sapeva delle capacità della banalità: l'amore, l'affetto, una famiglia, gli amici, le mogli, i figli, la comunità, il soddisfacimento

dei bisogni, il reciproco spulciamento di due scimmie all'ombra di un cespuglio, l'innocente affascinarsi rincorsi dalla luna, l'inebriarsi di una sera passeggiando sulla riva senza scarpe nell'acqua lasciandosi invadere e squarciare dal sussurrante odor degli aranceti. La comprensione dell'individuo da parte della sua comunità e nella sua comunità. Una comprensione della comunità di se stessa attraverso la comprensione dell'individuo che ne è parte e la compone. Che dona spazio e tempo alla conoscenza in una reciproca donazione, pratica infinita, che si diffonde crescendo la comunità senza mai divenire particolare possesso di qualcuno, né avanguardia, né banca, né culto, né chiesa, né Scienza. Senza necessitare di preti e chierichetti.

La comunità. Come il villaggio. *Anche* il villaggio ne può essere esempio. Come il villaggio di cui parla Bucalo, quando parla dello scemo del villaggio, negli itinerari per fare a meno della (2) psichiatria. Ma non quando, in altri suoi scritti, dice: la psichiatria siamo noi.

Non si sapeva della malattia. Il mistero nelle sue mille interpretazioni. Ma si sapeva del manicomio perché si sapeva della reclusione e dell'esclusione.

Chi in quel campo poteva dire *cosa e come si deve fare* se non chi quella Verità possedeva? Certo. Perché è cosa diversa *avere conoscenze in qualcosa che essere la Verità. Avere conoscenza in qualcosa* ancora ben si coniuga con la banalità, con la vita, con la comunità; ma per distanziarsene deve organizzarsi in Scienza e Verità.

Il manicomio si era distanziato dalla vita; era la chiesa della Scienza, della Verità, del mistero che poteva accogliere il mistero della follia. Era quella *conoscenza in qualcosa* che, per distanziarsi dalla banalità della vita di tutti i giorni in cui nasceva la follia, doveva organizzarsi in luogo del potere, come chiesa della Verità, della Scienza. Diveniva l'organizzazione, la struttura della

Scienza che si costituisce in potere da un lato proprio per difendersi dalla banalità, ma per essere, dall'altro, anche riconosciuta quale struttura di potere all'interno dello Stato del tempo.

### ***La banalità alla conquista del potere***

Non deve una qualche verità, in quanto tale, essere protetta e difesa? Ecco l'istituzione.

La conoscenza, normalmente parte dall'acquisizione di ogni giorno nel suo continuo rimodellarsi, la nostra banalità di ogni giorno, quando viene squalificata dalla sua dimensione di vita a strumento di potere, necessita di essere percepita come Religione, Verità, Scienza; ha quindi bisogno di poter esprimere vivamente ed evidentemente il suo potere. La moneta falsa deve essere contraffatta bene per meglio ingannare. Il manicomio rispondeva bene a castello della scienza, a struttura visibile della verità. Era così che il ferro rovente in mezzo alle cosce o la violenta scarica elettrica sul cervello rappresentavano la scienza della psichiatria.

Questa allora si erge imponente di fronte a *tutto il resto* degli individui impotenti, che ad essa possono accedere, come in una Chiesa, solo a condizione che ne seguano ed eseguano ciecamente e fedelmente i dettami e ne ossequino i riti.

### ***Forme varie d'esclusione***

Man mano che la conoscenza della mente è andata crescendo, la Psichiatria, come Scienza della mente, ha avuto bisogno di strutturare diversamente il suo potere, passando così dalla Nave dei Folli, al Manicomio, all'Ospedale Psichiatrico, alla Psichiatria del Territorio.

Già la nave dei folli era ectoplasma di ciò che la Psichiatria sarebbe stata. Infatti già allora si poteva intravedere che la pratica principale della Psichiatria era, ed è rimasta ancora, prima di tutto quella di selezionarsi

dalla comunità per escluderne la follia. Già la pratica dell'esclusione era presente quando, guidata dal mito, la follia veniva caricata su navi eternamente solcanti gli oceani fuori dalla vita.

Con la Psichiatria del Territorio, la Scienza della mente sembra essersi avvicinata alla banalità della vita e della conoscenza di tutti i giorni, ma solo in modo fittizio. Rimane la pratica dell'esclusione in un nuovo mito, quello dell'economia. Per esempio, solo una prospettiva e un imperativo di tipo economico : *i manicomi sono poco produttivi, ma devono diventare più produttivi*, ha riproposto una ristrutturazione del manicomio, quindi della Psichiatria, che passa ancora una volta per la spettacolare e pubblicitaria «chiusura dei manicomi» mentre concretamente sta attraversando i più comodi e praticabili vicoli dell'esclusione.

E cosa di più si può pretendere per il «*residuo manicomiale*»?

### ***Ancora una trappola***

Un avvicinamento solo strumentale... nel senso di un aumento del potere della psichiatria attraverso il coinvolgimento di tutto ciò che finora è stato scartato come banalità. Vedi il *gelataio terapeutico* di Enrico Pascal (3).

### ***Un monumento alla Psichiatria***

Di tali presupposti di pensiero che incominciano con una quasi innocente suddivisione in bene e male, in Scienza e banalità, in normalità e follia, fino ad un irrefrenabile delirio classificatorio, il manicomio era solo una logica conseguenza, una struttura idonea a quel pensiero. Una macchina perfettamente organizzata secondo quei presupposti di pensiero. Una macchina, sempre ben oleata e funzionale, fino a quando qualcuno si decide a volerne seriamente capire qualcosa. Essa, criticabile per quanto si voglia; fino a divenire, oggi, criticabile non più di tanto: se lo Stato e la Psichiatria non sono capaci, per

più di un motivo, di organizzare una «*casa famiglia*», il manicomio diventa un monumento storico alla Psichiatria. Tanto più se pensiamo alla complessità dell'organizzazione e gestione di un'intera città per la follia e all'incapacità dello Stato e della stessa Psichiatria antiistituzionale, che pur se proponevano di chiudere il manicomio perché troppo costoso, non sono stati, né sono ancora, in grado di provvedere alle «*strutture intermedie e alternative*», a loro dire, «*meno costose*» fino ad affidare al capitale privato la nuova istituzionalizzazione.

### ***Un manicomio a scatola cinese***

La Relazione del 1935 ci dà un'idea, anche solo parziale, di come, anche a Palermo, sorretta da un pensiero manicheistico prima e classificatorio poi, l'istituzione psichiatrica, con a capo il Direttore Prof. G. Santangelo, abbia organizzato il grande cassone del manicomio in tanti piccoli cassetti: sezioni, reparti e altri spazi vari, tutti con una particolare funzione. Prima, un manicomio per la follia, in generale; quindi una serie infinita di piccoli manicomi al suo interno; organizzati a seconda delle varie categorie e delle varie pratiche: Tracomatosi, Epilettici, Scabbiosi, Oftalmici, Ciechi, Paralitici, Deperiti, Infetti e non; infermi: i tranquilli, i lavoratori, i consegnati, i sorvegliati speciali (per tendenze suicide), i criminali, i prosciolti, i soggetti sudici, i disordinati, i lacerati, i violenti, gli agitati, i clamorosi e disturbatori, i ricoverati comuni, le mentecatte clamorose e disordinate, le dementi croniche tranquille, le disordinate e sudicie, le semiagitate; le *pratiche* e gli *spazi*: la malarioterapia, la piretoterapia, le cure scatonizzanti, le endovenose varie, le elioterapie, la rigovernatura, gli spogliatoi, le sale da bagno, il parlatorio, il lazzaretto, i tubercolosari. Erano queste e tante altre le categorie, tra le patologie, le pratiche terapeutiche, il sesso, l'età, ecc., tutti necessitanti di uno spazio specifico adeguato.

Per la meticolosità di un pensiero categorizzante, la meticolosità dell'organizzazione della città della follia. Ma per entrare in questa città si perdeva la categoria che tutti accomunava: l'umanità. In essa doveva trovare posto anche la "normalità", la Scienza, la Verità, e i suoi vari preti e chierici; l'organizzazione del potere psichiatrico nella sua unica e reale matrice: il controllo sociale.

Abbiamo visto in un certo senso la Scienza in rapporto alla banalità, all'ignoranza, nella creazione del manicomio. È per questo motivo che a base quindi del comportamento della Psichiatria è stata posta l'epistemologia del periodo.

### ***L'epistemologia: solo uno strumento***

In questi anni, più volte ho sentito un medico, in giro di propaganda delle *case famiglia*, che per rassicurarci sull'impossibilità, oggi, di pratiche manicomiali, usa ripetere a memoria un concetto portato a bandiera in tutte le conferenze a cui partecipa: il manicomio era possibile solo allora, e non oggi, perché figlio dell'epistemologia del tempo che, individuando la follia nel cervello, fece affettare migliaia e migliaia di cervelli alla ricerca della follia.

Siamo però d'accordo con lui solo in parte. Quel tipo di epistemologia era *anche* alla base del manicomio. Tutt'altra concezione era per esempio alla base del pensiero del Pisani che, nella sua carriera baronale in crisi, s'imbatté nell'idea di darsi da fare con la follia. Infatti è come lui che abbiamo ragionato fin qui. Anche noi riteniamo che l'epistemologia alla base della Scienza del tempo ha prodotto affettazione di migliaia di cervelli e di crani. Ciò però non implica automaticamente che essa è da ritenere come strumento che cammina sulle proprie gambe. Se l'epistemologia è pensiero sul pensiero della scienza, che si occupa di quale pensiero c'è alla base del metodo della scienza, rimane sempre strumento nelle mani di chi lo usa e

non verità della verità la cui sola esistenza comporta l'affettazione di cervelli.

Nessuna epistemologia che non sia in mano ad un gruppo di medici organizzati in potere può permettersi di trasformare il suo detto in fatto.

Nessuna epistemologia può oggi, per il solo fatto che esiste, che si pone, può automaticamente o necessariamente comportare la clonazione di esseri animali o vegetali, uomo compreso.

Ma l'affettazione dei cervelli è appena una delle tante pratiche del più grande colosso di potere che è il manicomio; e l'epistemologia, come parte del pensiero che si occupa della Scienza, non camminava né sulle sue gambe né disgiunta dall'altra parte del *pensiero che si occupa del potere*, della sua metodologia, della sua conservazione e mantenimento, come della sua organizzazione.

### ***Dalla conoscenza alla Scienza***

La conoscenza della mente, come conoscenza particolare, per poter avere un riconoscimento, per potere liberamente operare in campo sociale si organizza in Scienza della mente. Tale Scienza deve trovare riconoscimento da parte del potere del tempo ed ha bisogno dei luoghi in cui essere praticata.

### ***Un laboratorio di potere***

Il manicomio è uno di questi luoghi in cui si incontravano e assieme operavano due poteri: quello della Scienza della mente e quello dello Stato.

### ***Due poteri***

Possiamo immaginare allora come la *conoscenza della mente*, attraverso la validazione dell'Epistemologia, del pensiero scientifico, dello Stato, si organizza in potere dal nulla e sul nulla. Non c'è un pensiero scientifico che possa giustificare, fuori da una logica di potere, la psichiatria. C'è l'ar-

bitrio di potere che dichiara scientifico l'operato della Scienza della Mente (la Psichiatria) e attraverso la collaborazione dell'altro potere, quello dello Stato, si organizza in manicomio. Il manicomio rimodella i due poteri originari fino al punto che, lavorando su una finalità comune, non si differenziano quasi più nelle responsabilità, anche se non necessariamente i due poteri convivono sempre d'amore e d'accordo, come avviene nel periodo dei due poteri espressi dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Amministrativa.

Se diamo consenso ad una visione proponente un processo lineare che vede da un lato l'istituzione psichiatrica, come depositaria della Scienza della mente, e dall'altro la banalità, l'ignoranza, la vita della gente comune, l'incapacità, l'assenza di pensiero, né al manicomio né a tutte le sue pratiche è movibile critica alcuna. In questa logica, chi, se non la Scienza della mente, può dire come curare la follia? Ma con quali credibili mezzi? E, d'altra parte, chi si farebbe operare alla sua ulcera da un calzolaio o da un macellaio? Come la banalità, arbitrariamente omologata all'ignoranza, si può opporre al potere della scienza del manicomio?

Ma la scienza è stata capace di guarire la follia?

Hanno dovuto creare un significato per il termine guarigione, specifico, per esempio, per la schizofrenia; diverso da quello che si conosce nella patologia riguardante altre malattie. *«È necessario chiarire che la guarigione a cui ci si riferisce quando si parla di schizofrenia è la cosiddetta "guarigione sociale" cioè il recupero di un adattamento sociale e relazionale che consenta di vivere meglio, di mantenere relazioni interpersonali adeguate, di riuscire ad esprimere le proprie potenzialità negli affetti, nel lavoro e nelle relazioni con gli altri.»* (4)

In questa logica, che vede la struttura solo come espressione della tecnica terapeutica che in essa si vuole praticare, il manicomio diventa la struttura deterministica

di quel tempo, nel senso che quel contesto poteva creare il manicomio e solo il manicomio. Questo non è solo organizzazione tecnica e medica, è pure organizzazione sociale. Ma anche quella realtà sociale era dominata dallo Stato, il potere del tempo, affiancato e servito dalla medicina del tempo. Anche la sua gestione sociale ed economica, a modello del resto della società, escludeva la banalità, *la gente comune* che era, sì, esclusa dalla cura ma era anche esclusa dalla gestione globale di quel posto e dalla questione che lo faceva nascere.

È in questa logica che, per esempio, il Direttore G. Santangelo appare un importante riformatore del manicomio di fronte al quale sfigurano i vari primari degli attuali servizi psichiatrici. Non ci fu spazio del manicomio, sotto la sua direzione, che rimase intatto e che non subì ristrutturazioni e migliorie.

Anche in questo periodo la dinamica dell'istituzione evidenzia il suo riprodursi e conservarsi. Il modello di espulsione, esclusione e reclusione non viene messo in discussione.

Appare già lontana dall'isola felice che ne voleva fare il Pisani. Purtroppo sembra che la sfida di ogni direttore fosse quella di dimostrare vitale il suo manicomio, pompando movimenti, aggiunte, sottrazioni, ulteriori divisioni.

Troviamo ristrutturazione degli ambienti, l'isolamento di alcune patologie, il tentativo dell'introduzione di nuove terapie a fianco dell'ergoterapia, l'organizzazione di una migliore sorveglianza e una politica delle dimissioni.

Che tutto ciò avesse una sua razionalità di cui ci si poteva socialmente fidare era garantito da una sistema di organi di controllo e di ispezione che il manicomio si dava.

### **Ristrutturazione**

Tra i compiti della Direzione Sanitaria c'era il riordinamento dei singoli reparti ospedalieri.

«Il terreno edificabile, essendo rimasto disponibile, è stato utilizzato per coltivazioni, da parte della colonia agricola. [...] è stato creato [...] un cortile supplementare per dare sfogo all'aperto agli infermi del reparto "bambini". [...] È stata approvata anche la costruzione di un nuovo edificio, che [...] servirà alla sistemazione dei nuovi gabinetti scientifici [...] saranno impiantati i gabinetti di radiologia e di elettroterapia da un lato e la nuova farmacia dall'altro lato. [...] È in progetto anche la costruzione di un nuovo tubercolosario.

[...] La prima sala, attigua al corridoio, serve da locale di parlatorio, per le famiglie che vengono a visitare i ricoverati.

### **Clinoterapia**

[...] Fu adottato il criterio di applicare rigorosamente la clinoterapia per tutti gli entrati in osservazione, tenendoli, (come prescrive la legge), perfettamente isolati dagli infermi definitivamente ricoverati.

[...] una spaziosa Sala Bagni per i nuovi ammessi [...] un importante servizio igienico ed idroterapico.

[...] Fu abolito l'uso delle celle, ove solevano tenersi assicurati a letto, o nel seggiolone, i nuovi ammessi in stato di agitazione. Questi vengono ora sottoposti, nel reparto clinoterapico, a tutte le cure che la scienza moderna suggerisce ed impone.

### **Divisioni**

[...] Una delle più importanti opere di riorganizzazione dell'Ospedale Psichiatrico di Palermo, deve considerarsi il completo isolamento degli ammalati tracomatosi, che il nuovo Direttore volle compiere, appena insediatosi, all'inizio dell'anno 1935.

### **Alta demenza**

[...] L'ex Vecchia Ammissione [...] venne destinata a tenere appartati tutti i soggetti sudici, disordinati, lacerati, cioè tutti quegli infermi che hanno raggiunto lo stato più degradante della demenza.

### **Gli scabbiosi**

[...] Le celle, che si aprono sull'atrio di tale reparto, non servono più per la reclusione dei violenti e degli agitati; ma vi si tengono degenti, per il breve periodo della cura, in ambienti separati, gli ammalati scabbiosi, che, durante il trattamento antipsorico, debbono esser tenuti isolati da tutti gli altri.

### **I tubercolosi**

[...] La VII<sup>a</sup> Sezione venne fornita di un nuovo ufficio medico, ed arricchita di un solarium per i tubercolosi.

### **Sorveglianza e controllo**

[...] È stata ben meritata la lode che, nel suo primo rapporto al Commissario Prefettizio, Comm. Parisi, il Signor Direttore, segnalando tale servizio, volle rivolgere al personale di sorveglianza.

[...] È stato necessario provvedere a dar le funzioni di Sorvegliante a quattro fra i migliori infermieri, già abilitati a tale carica, per aver conseguito regolare diploma, mediante esame, sostenuto dopo aver frequentato un corso di perfezionamento per aspiranti sorveglianti.

[...] Il personale dell'Ispettorato [...] un Ispettore, di un Vice Ispettore» e di due Aiuti Ispettore.

«Per migliorare la preparazione professionale del personale di assistenza e custodia, in previsione del necessario collocamento a riposo da parte del vecchio personale infermiere di questo manicomio, proveniente da basso ceto rurale e semianalfabeta, si è iniziato, quest'anno (1936),

*un corso di istruzione per allievi infermieri, con enorme concorso di aspiranti.*

### **Terapia bulgara**

*[...] Il Prof. Santangelo volle organizzare un centro terapeutico per il trattamento dei postencefalitici, onde sperimentare il cosiddetto metodo "bulgaro", mediante la somministrazione dell'infuso di solanacee, dosate individualmente, integrato da una adatta alimentazione e completato con tutte le risorse della ginnastica, dei massaggi, della mecca-noterapia e della psicoterapia.*

*[...] in magnifica sala [...] i postencefalitici consumano i loro pasti e possono passeggiare comodamente senza alcun inciampo, esercitandosi a vincere la rigidità dei loro muscoli, fino a raggiungere quella scioltezza di movimenti, che consente loro di partecipare alla passeggiata pomeridiana, lungo il viale principale dell'Istituto.*

*[...] Le infermiere della guardia franca [...] ora vanno tutte a dormire nel locale della ex V<sup>a</sup> Sez. donne, opportunamente disinfettato.*

### **Dimissioni.**

#### **Legge sui Manicomi art. 66 - 62**

*[...] Negli anni 1933 e 1934, si effettuarono i trasferimenti degli infermi appartenenti alle Provincie di Enna, Catania, Agrigento, Reggio Calabria, Trapani, i quali furono inviati, per disposizione delle rispettive Provincie, in altri Ospedali di nuova costruzione.*

*[...] Tale diminuzione, nel numero degli infermi ricoverati, si è potuta raggiungere, procedendo coraggiosamente nel provocare, con larghezza, le dimissioni degli ammalati, appena migliorati, restituendoli, in prova, alle rispettive famiglie, sotto la responsabilità personale del nuovo Direttore.*

*[...] Analizzando, nel quadro statistico del movimento dei ricoverati, in base a quale articolo furono messi in uscita i 445*

*dimessi dell'anno 1935, rileviamo che in 156 non venne constatata alcuna malattia mentale (ed aggiungiamo subito, che 73 di questi erano soldati, inviati in osservazione dall'Ospedale Militare).*

*[...] Questi ultimi dimessi stanno a dimostrare che, nell'anno 1935, vennero riesumati e restituiti alla società, antichi ricoverati, che forse avevano perduta ogni speranza di uscire, "a riveder le stelle", fuori dal manicomio.*

*[...] I convalescenti hanno una migliore opportunità di raggiungere la completa guarigione nel confortevole ambito affettivo della propria casa.*

*[...] Del benefico influsso che, il conforto della permanenza in famiglia, può avere sugli infermi in via di convalescenza, nell'accelerare la tendenza alla guarigione, si è avvalso ampiamente il Prof. Santangelo, adottando ed incoraggiando il sistema (mai sperimentato anteriormente in questo Ospedale Psichiatrico) di concedere ai parenti, che ne presentano regolare domanda, il permesso di condurre a casa, nei giorni di Domenica o nelle ricorrenze festive, quegli ammalati migliorati che a giudizio del medico, possono ricavare beneficio da tale periodico soggiorno in famiglia, sperimentato a scopo psicoterapico, quale preludio alla precoce dimissione in via di prova.*

*[...] Si tenga presente che un buon numero di uomini recidivi è rappresentato da soggetti dediti al vino, che vengono ricondotti in ospedale, tutte le volte che si trovano in tale stato di ubriachezza, da diventare degli energumani in stato di violenta agitazione psichica; ma che, cessato l'effetto della sbornia, ritornano subito in condizioni normali.*

*[...] Lo sviluppo dell'ergoterapia intensiva, [...] intesa come "terapia dell'occupazione", deve considerarsi l'attività fondamentale della moderna assistenza psichiatrica.*

[...] *La organizzazione ergoterapica [...] una moderna terapia della occupazione individuale, intesa, nel senso ergoterapico, cioè sanitario e, non, economico-amministrativo.»*

[...] *Il locale dell'ex 1ª Sez. donne [...] è stato subito utilizzato per impiantarvi una tessitoria, che potrà contenere 60 telai, [...] occupando un buon numero di ammalati in questa utilissima branca dell'ergoterapia, che non era stata ancora introdotta in questo Ospedale Psichiatrico.*

[...] *Ormai sono già iniziate le opere per la costruzione dei 2 padiglioni.*

[...] *Un discreto numero di inferme molto ordinate e lavoratrici [...] durante le ore di lavoro, si recano nei laboratori di cucito, esistenti nell'edificio dei servizi generali.*

<sup>1)</sup> - Da «Ospedale Psichiatrico Di Palermo. Direttore Prof. G. Santangelo; *Relazione clinico-statistica sull'Ospedale Psichiatrico di Palermo, per l'anno 1935 - XIII*, per il Dott. Antonino La Corte, *Primario*. Estratto da «IL PISANI», Giornale di Patologia nervosa e mentale, Vol. LVI, fasc. 1° - Gennaio - Aprile, 1936 - XIV.

<sup>2)</sup> Giuseppe Bucalo, *Dietro ogni scemo c'è un villaggio, itinerari per fare a meno della psichiatria*, Edizioni SICILIA PUNTO L, Catania 1990.

<sup>3)</sup> Enrico Pascal, *Follia e Ricerca - Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*, Ed. Rosenberg & Sellier - Torino, 1991

<sup>4)</sup> Stefano Pallanti, *Vivere con le voci vivere nel silenzio*, ed. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996.

# ESCLUSIONE SCIENTIFICA AL SUD COME AL NORD

Le proposte di legge cui accenneremo dimostrano come siano puntuali sia i propositi che i legislatori che le stesse leggi.

Puntuali e scrupolosi.

Se dovessimo rintracciare l'esclusione attraverso le leggi che la regolano, ci troveremo di fronte a monumenti, ad architetture dell'esclusione.

Tutto viene preso in considerazione per una sicura esclusione.

Niente viene trascurato.

Tutto previsto e legislato. Tale che tutto si può dire sui motivi dell'esclusione, tranne che: *è la vita!* Proprio no.

Una scienza dell'esclusione che, però, ha come pretesto sia la cura del mentecatto che l'idea che sia parte della cura essa stessa, anzi ne è posta alla base.

Una mastodontica esclusione sociale come quella teorizzata dalla psichiatria, legislata dallo Stato, praticata nel manicomio, avrebbe avuto forse solo scarso successo se non fosse stata nascosta *dentro un concetto*, un messaggio, una finalità apparentemente positivi, a noi più comprensibili e più appetibili.

Una pratica reale che viaggia su un messaggio fittizio.

Alla gente mandata in guerra non viene detto: ora vi mandiamo al macello; ma: moriamo per la patria.

A chi veniva escluso in manicomio non veniva detto: ora ti annichiamo, ma ora ti curiamo; anche quando la cura consisteva nel tagliare un pezzo di cervello che per gli specialisti era guasto.

Puntigliosi e scrupolosi sono il Deputato Bertini come il medico Bonacossa nell'indicare le finalità di una legge sui mente-

catti: la loro cura, sostituire il manicomio al carcere, evitare l'abbandono, garantire le persone e gli interessi economici dei mentecatti, proteggere la società e il folle dai disordini che questi può involontariamente arrecare, il rispetto della libertà individuale, regolamentarne l'ammissione, la custodia e la dimissione.

Niente lasciato al caso.

Forse, però, una leggerezza possiamo individuare; nel metodo di Stato. Questo, più o meno centralizzato, sostituisce gli individui e le loro comunità in tutto, quindi anche nella cura; nel nostro caso, della loro salute mentale.

Quello che Bertini e Bonacossa chiedevano allo Stato era proprio un atto di delega.

Loro, non si rivolgevano alla comunità - né parte erano in quella della follia - per aiutarla a capire *come*, a partire dai mezzi di cui la comunità può disporre, poter essere d'aiuto e di cura per il "mentecatto".

Hanno architettato una forma di esclusione fornendo allo Stato la sua giustificazione morale e scientifica, e per essa hanno studiato e proposto i mezzi e gli strumenti, attraverso una puntigliosa legislazione.

È per questi motivi, ed altri ancora, che non ci stanchiamo mai di ribadire che la difesa della vita, che passa anche per la difesa della salute mentale, non può farsi dipendere da una legge che puntigliosa per quanto sia, come quella di cui stiamo trattando, passando da una delega ad un'altra produce esclusione sopra esclusione.

Per costruire l'infernale macchina manicomiale il medico ed il deputato partivano dalla ricerca di un armonico equilibrio tra la libertà e i bisogni dell'individuo, l'ordine e la sicurezza della società, la pubblica economia: *individuo, società, economia*. Equilibrio sui cui aspetti teorici niente potremmo dire se non ne conoscessimo, attraverso la logica di Stato che ne è alla base, gli effetti materiali.

Era nel Nord d'Italia che operavano il medico e il deputato, lo psichiatra ed il legislatore.

Lontano dalla Sicilia. I presupposti teorici su cui si creavano i manicomi, le esigenze sociali e di potere da cui nascevano erano molto simili al Nord come al Sud.

## LA CUSTODIA E LA CURA DEI MENTECATTI (1)

Il 18 marzo 1849, il Deputato B. Bertini proponeva all'attenzione del Parlamento Nazionale una legge sulla cura e la custodia «de' mentecatti».

*«Una legge diretta a provvedere alla custodia ed alla cura degli infelici colpiti da alienazione mentale, la più terribile fra le umane infermità, è comandata dall'umanità, ardentemente desiderata dalle famiglie cui tocca la sventura d'averne uno de' suoi membri affetto, ed invocata dall'ordine pubblico.»*

### **Matti in prigione**

*[...] Nei tempi addietro la pazzia non era considerata un'infermità. Ai fuorsennati si negava asilo e soccorso [...] gli infelici mentecatti si rinchiudevano a guisa di malfattori nelle prigioni, unicamente per toglierli dal pericolo di arrecar danno a loro stessi od altrui, e per guarentirli dagli scherzi d'una pleba curiosa e beffarda, senza sottoporli quasi mai ad una cura.*

*Ma dappoiché coi profondi studii sulle malattie mentali, e coi progressi fatti dalla scienza intorno a questo importantissimo ramo di medicina psicologica, si otten-*

*nero non poche guarigioni, si vennero fondando i manicomi.»*

Con l'aumentare dei "mentecatti" si faceva sentire il bisogno dei manicomi.

### **Come bestie feroci**

*«Questi istituti mancano totalmente nell'italianissima e feracissima Sardegna, ove gli infelici mentecatti vanno vagando in miserabile abbandono, o si rinchiudono come malviventi nelle carceri, od in certi locali più fatti per la custodia di bestie feroci che di esseri umani.»*

### **Cautelare la società**

Finalità di legge:

*«1) - Guarentire le persone e gli interessi de' mentecatti, sottraendoli ai soprusi di cui possano rimanere vittime;*

*2) - Di cautelare la società dai disordini che i mentecatti possono involontariamente cagionare;*

*3) - D'invigilare a che le provvidenze messe in pratica per il ben essere fisico e morale dei mentecatti producano quel migliore risultamento che si può ricavare dai metodi curativi impiegati nei manicomi, e non degenerino in attentati contro la loro libertà individuale per parte di chi avrebbe interesse di simularne la malattia.*

### **Per un regolamento uniforme**

*[...] Nessuna uniformità nei regolamenti e nelle discipline in vigore nei vari stabilimenti per l'ammissione, la custodia e l'uscita dei mentecatti, neppure sulla maniera di accertare il loro stato mentale.»*

Propose anche la costruzione di manicomi privati in alternativa alle disposizioni già vigenti:

*«Memoriale a capi annesso alle Regie patenti del 2 giugno 1728, colle quali Vittorio Amedeo II accordò la dimanda rassegnatagli dalla veneranda confraternita del SS. Sudario, fondatrice del manicomio di Torino, tendente a proibire indistintamente,*

tanto agli ospedali, luoghi pii e qualunque altro corpo, università, ed eziandio particolari, di ricoverare mentecatti.

### **L'isolamento curativo**

[...]L'esperienza poi ha dimostrato essere l'isolamento uno dei più efficaci mezzi per la cura dei mentecatti, ed osservasi molto più frequenti guarigioni nei mancomi che non in seno delle famiglie.»

Sugli articoli di legge:

«Art.1 - Tutti i mentecatti i quali compromettono l'ordine e la sicurezza pubblica e delle famiglie, e quelli, cui si vorrà far prestare assistenza fuori del proprio domicilio, debbono essere collocati in stabilimenti ad essi esclusivamente destinati.

Art. 2 - Questi stabilimenti sono pubblici o privati [...].

Art. 6 - Nessun mentecatto potrà essere ritenuto, nemmeno provvisoriamente, in alcuna prigione [...].

Art. 8 - Spetta agl'Intendenti generali delle Divisioni amministrative il permettere, o decretare il collocamento dei mentecatti nei pubblici o privati stabilimenti dello Stato.

Art. 9 - Il Ministro dell'Interno, previo concerto con quello dell'Estero, permette che i mentecatti vengano trasferiti e collocati in stabilimenti stranieri.

[...]

Art. 17 - Sarà autorizzata l'uscita dallo stabilimento degli individui ricoverati quai mentecatti nei seguenti casi:

1° - Quando sono restituiti in sanità di mente;

2° - Quando sono soltanto affetti da delirio acuto;

3° - Quando ne viene fatta dimanda dalla famiglia, e che consta da attestato del medico in capo che l'individuo, ancorché non guarito, è però in istato innocuo, e facile ad essere assistito nella propria famiglia.

[...]

Art. 24 - Per ogni pubblico stabilimento verrà nominata dal Re, sulla proposta del Ministro dell'Interno, una Commissione composta di quattro membri, oltre al medico in capo, il quale ne è membro nato.»

## **INDIVIDUO SOCIETÀ ECONOMIA**

Anche il medico Stefano Bonacossa (2) si rivolgeva al Parlamento nazionale per una revisione e la riforma di alcune leggi civili e penali riguardanti i mentecatti.

«Petiz. n. 811 - Il medico Gio. Stefano Bonacossa [...] propone una modificazione nelle leggi relative alla procedura nei giudizi civili e criminali, la totale soppressione dell'art. 100 del codice penale, e una nuova legge speciale a riguardo di quegli infelici.

[...] Quale debba essere l'oggetto di una legge che accenni a regolare le sorti dei mentecatti, e quali in genere i mezzi più acconci per ottenerne il conseguimento. Dirò adunque che lo scopo di una simil legge ha da essere:

1. - Di provvedere ai bisogni dell'uomo mentecatto, come individuo infermo.

2. - Di cautelarne la libertà personale.

3. - Di assistere il medesimo ne' suoi interessi.

4.- Di impedire che possa nuocere a se stesso, e turbare l'ordine e la sicurezza sociale.

I mezzi più conducevoli a questo fine sono:

a) L'isolare o sequestrare prontamente per quanto è possibile il mentecatto.

b) Determinare certe condizioni sotto cui questo isolamento possa effettuarsi e durare.

c) Affidare ad altri temporaneamente o decisamente la direzione de' di lui affari.

d) Allontanare il mentecatto dalla società e collocarlo in luogo appropriato e sicuro.

e) Avvisare ai mezzi di sopperire alle spese necessarie al mantenimento degli indigenti.

f) Fondare stabilimenti e permettere la istituzione di ospizii adatti alle varie condizioni di persone.

[...] Si cadrebbe in errore, o prendendo esclusivamente di mira l'uomo infermo senza pensare abbastanza alle guarentigie dovute alla di lui libertà, o pervoler tutelare gl'interessi del mentecatto, o conservare l'ordine e la sicurezza della società ricorrendo ad intempestivi provvedimenti; e parimenti se le ragioni della pubblica economia non si conciliassero con i veri bisogni dell'individuo.»

### **L'isolamento**

«[...] Isolare, ossia sequestrare il mentecatto, ossia l'allontanarlo dalle sue relazioni sociali e dalle sue ordinarie abitudini, e da tutte le circostanze frammezzo a cui ebbe origine la sua infermità, e ciò al più presto, è una delle prime condizioni per la cura di un mentecatto; al quale bisogno non si può altrimenti meglio soddisfare se non con stabilimenti pubblici o privati, unicamente destinati ad accogliere simili infermi.»

### **Il manicomio per i ricchi e poveri <sup>(3)</sup>**

«Avvegnaché gli stabilimenti ora esistenti nello Stato essendo tutti pubblici, e dovendo perciò servire a' poveri specialmente, seguono norme di amministrazione di preferenza adatte a questa classe d'individui; motivo per cui non posseggono sempre tutti quei comodi che le famiglie agiate possono desiderare: non vi si mantiene quel segreto richiesto dai riguardi dovuti alle persone ivi ricoverate ed ai loro parenti: sono generalmente troppo numerosi: non si

prestano ad una compiuta separazione della classe civile e bene educata dagli altri; oltre a ciò non favoriscono l'amor proprio dei congiunti dei mentecatti e di essi medesimi. Pei quali motivi la maggior parte dei pazzi ricchi si mandavano all'estero.»

«Col destinare il quartiere di ponente alle sole persone di condizione civile e mantenute a spese lor proprie, si supplirebbe in qualche modo alla mancanza che si ha nel nostro paese di un ospizio esclusivamente dedicato a ricevere i mentecatti appartenenti a famiglie distinte, le quali, rifuggendo dal pensiero di collocarli in un pubblico stabilimento soggetto a frequenti visite di estranei e curiosi, e sovente indiscreti nel domandare i nomi e le attinenze dei ricoverati per farli quindi senza alcun principio di delicatezza e di prudenza palesi, soccombono di preferenza a mille sacrifici e li mandano fuori Stato.»

### **Malattia e controllo**

«Con gli ospizi pubblici e con le case private viensi a provvedere all'individuo come infermo, e con essi pure si toglie al mentecatto l'occasione e la possibilità di divenire a se stesso nocivo, pericoloso e molesto agli altri.

[...] Dissimo ancora che il sequestro deve essere al più presto possibile effettuato, inquantoché questo riesce tanto più vantaggioso all'infermo quando la pazzia è meno inveterata, e perché così operando la società non rimane lungamente esposta ad essere offesa da chi non ha più libera volontà, e non è perciò più responsabile delle sue azioni, e medesimamente l'infelice affetto da aberrazione mentale non viene, come sovente accade, abbandonato ad essere schernito e disprezzato dagli ignoranti, e da quelli che godono per l'altrui sventura.»

Si doveva attribuire all'autorità amministrativa la facoltà di decretare d'ufficio il collocamento del pazzo nell'ospizio e si dovevano stabilire «norme non eccessivamente

*rigorose per l'ammissione di questi negli stabilimenti, allorché ne viene fatta domanda dai particolari.»*

### ***Finezze da legislatore***

Per il manicomio di Torino si richiedeva da parte delle istruzioni ministeriali e delle regole del vicariato di Torino, «che il mentecatto debba essere furioso per ordinarne o permetterne l'ammissione negli stabilimenti.»

Bonacossa si opponeva a tali istruzioni:

*«locché io credo doversi assolutamente disapprovare per più motivi:*

*1. - Perché un manicomio deve essere considerato non solamente come luogo di sicurezza e di detenzione, ma eziandio quale un sito più appropriato per curare i pazzi che non nelle proprie case, massimamente se poveri.*

*2. - Perché una tal disposizione può essere facilmente delusa con interpretarla largamente, nella considerazione giustissima, che colui che è pazzo, se non ha commessi ancora atti di furore e pericolosi contro altri o contro se stesso, può tuttavia divenire capace ad ogni istante di commetterne, essendovene per lo stato di sua mente disposto.*

*3. - Perché se non si facilita il ricovero del mentecatto, si perde il tempo utile per curarlo ed egli passa allo stato insanabile [...]» c'è poi «il pericolo che per male intenzioni alcuno venga immeritatamente rinchiuso in uno stabilimento [...]».*

Per il cittadino: «non solo si può attentargli [...] con l'atto di farlo collocare in uno stabilimento a torto, ma eziandio con l'intrattenerlo in simili luoghi oltre il bisogno, allorquando anche il di lui ritiro è stato opportuno ed indispensabile. Doveva impertanto il legislatore ordinare le cose in maniera da andare all'incontro a questa possibile eventualità.»

### ***Il sequestro***

*«[...] Il sequestro od il collocamento del pazzo nelli appositi ospizii decretati in forza all'art. 1 è il più sicuro e benefico espediente onde torlo da qualsiasi occasione per la quale possa divenire nocivo a se stesso ed offendere altri.»*

### ***L'ordine sociale***

*«[...] Essendo regolare che, trattandosi di stabilimenti destinati a mantenere l'ordine sociale, vengano questi diretti dalla pubblica autorità.»*

### ***La società si libera ma deve pagare***

*«[...] Volendosi la società liberare da individui che la possono offendere, senza divenir imputabili del loro operare, con falli chiudere in luoghi di sicurezza; e volendo inoltre per sentimento di carità mettere i mentecatti in grado di riacquisire la smarrita ragione, debba sopperire alle spese occorrenti per il mantenimento degli indigenti.*

*[...]Art. 6 - L'uomo, che per causa di malattia commetta azioni per cui deve essere segregato dalla società [...] vuol [...] non venir mai confuso con quegli che per vizio ha con pieno discernimento conculcate le comuni leggi, e si rese di delitti colpevole. Laonde sarebbe una enorme ingiustizia ed un fatto intollerabile dalla odierna civiltà se si continuasse nell'abuso di tenere anche temporariamente nelle prigioni coloro che sono affetti da pazzia.<sup>(4)</sup>*

*[...] Io ravviso [...] possa essere per superiore decreto procurata la libertà al mentecatto allora quando egli è innocuo, tanto a se stesso quanto ad altri abitualmente; e ciò sarà facilmente [...] se l'infermo intanto sia giunto a quel grado di malattia mentale che non sia più sanabile, e possa anzi soffrire per una più lunga dimora nell'ospizio; obbligando nello stesso tempo chi di dovere ad assumere la vigilanza e l'assistenza.»*

## ***La psichiatria e la libertà personale***

*«Pel mentecatto uscito non risanato, essendovi presunzione che continui nel primario stato, non devono essere necessari tanti incumbenti per farlo nuovamente ritirare siccome la prima volta; epperò pare bastevole a guarentire la libertà personale una dichiarazione medica debitamente autenticata, dalla quale consti del di lui stato morboso di mente.*

*[...] Laonde non è raro che succeda o la morte o la guarigione, ma più spesso un esito funesto nel mentre si maturano tutti gli incumbenti.»*

G. S. Bonacossa era direttore collegiato nel Regio Manicomio di Torino («*lo avere da più di diciott'anni prestato servizio a questo stabilimento*») ed era al Presidente della Direzione del Regio Manicomio di Torino che inviava un suo appello, nel 15 marzo 1847, per la riforma del manicomio; proponendo misure da adottarsi.

*«[...] Due pazzi depositati e trattenuti nelle prigioni prima di essere mandati al manicomio.»*

Il Bonacossa rimprovera le autorità perché: «*vogliono attenersi di non giudicare necessario di far ritirare i mentecatti, e specialmente se poveri, se non sono abitualmente furiosi od in qualche modo pericolosi alla società, e se non hanno attentato col fatto alla propria vita.*» (Per le autorità una questione economica era quella riguardante chi doveva sostenere le spese.)

<sup>3)</sup> Se i ricchi, che avevano la possibilità di farlo, andavano a curarsi all'estero; se per i poveri c'erano gli stabilimenti pubblici esistenti; i nuovi stabilimenti a chi servivano? Potevano servire a che i ricchi evitassero anche il fastidio di spostarsi all'estero per curarsi. In Italia, gli stabilimenti per ricchi non avrebbero aperto l'accesso ai poveri. Per questi cambiava niente. Allora o le case private per i ricchi; o particolari e più comodi stabilimenti nei manicomi, separati dai poveri. I cosiddetti pensionisti.

<sup>4)</sup> Mentre tranquillamente si tollera la prigione come causa di immensa sofferenza e di estremo disagio mentale.

<sup>1)</sup> Bernardino Bertini e Gio. Stefano Bonacossa, op. cit.

<sup>2)</sup> La legge desiderata dal medico Gio. Stefano Bonacossa venne proposta dal Deputato B. Bertini.

# SOCIETÀ E FOLLIA IN SICILIA (1)

Da quando la follia entra a far parte delle attenzioni della fisiopatologia, i medici non hanno perso occasione per trovare la *causa pura* della follia. “*Pura*”, come a me piace definirla, per comunicare il tentativo essenziale dei medici psichiatri di restringerla al corpo e allontanarla definitivamente dalle ipotesi sulle cause sociali.

Se la follia è accusa e denuncia della società, questa ha sopportato meglio essere accusata di morte che di follia.

Le ipotesi sulle cause della follia sono state nei tempi tra le più svariate. Sin dall’inizio il manicomio del Pisani di Palermo è stato il riflesso di diverse posizioni riferentesi alle diverse ipotesi causali.

Il barone Pisani, non medico, espresse, nell’organizzare il manicomio la sua ipotesi di causa sociale. In seguito, il manicomio, è diventato per come siamo andati conoscendolo. Nella teoria del Pisani rappresentava la comunità buona - non modello, ma occasione - curativa, lontana dalla società, dalla città malata.

## *Quale critica al Pisani*

Senza entrare nel merito né dell’estrazione sociale, né del metodo, tra l’altro, oggi, ampiamente e facilmente criticabile, del Pisani, egli con il suo metodo, in quanto non medico, rappresentava la *persona comune*, ciò che altrove abbiamo chiamato la banalità, di fronte alla scienza: il medico. Ed è sempre troppo, per lo psichiatra, che una persona senza altro titolo, pretenda di occuparsi della follia come il Pisani faceva. Come lo strappare l’osso appena preso di bocca al cane.

Non era medico. Peccato che, gli psichiatri, non gli hanno perdonato tutt’oggi. E che un non medico osasse, in un momento, ormai tanto lungo, di oscurità sulla follia,

anche per la fisio-patologia, capire come poter prestare aiuto ai reietti, sembra non era sopportabile né condivisibile dallo psichiatra.

I farmaci, o ciò di cui una funzione farmacologica si aspettavano, avevano l’effetto di chiudere “i pazienti nel loro totale isolamento”. Perdendo d’importanza le cause sociali, quindi la comunicazione del corpo col suo esterno, e relegando la causa nel corpo, la rimanente relazione era giocata, ormai tra il farmaco e il corpo: tutto il resto non contava più niente; né per esempio poteva avere più senso che il manicomio rimanesse l’isola felice, bella, della cui estetica curarsi per la gioia dell’animo del folle. Ormai bastava un posto dove si potesse praticare oltre alla reclusione, il ferro rovente, il setone, la moxa, la corrente elettrica, l’elettrochoc, fino ai moderni neurolettici. La terapia morale che si era basata sul bastone e la carota poteva ormai abbandonare la carota. Le sue attenzioni positive non avevano più senso né motivo di esistere.

Ancora oggi, quando certi psichiatri parlano del Pisani lo fanno a muso torto. Non era sopportabile che la sua follia potesse denunciare la tumultuosa città, le pessime condizioni igienico-sanitarie, la mancanza d’acqua, la fame, il genere di vita, l’istruzione, la religione, la forma dei governi, il puerperio abbandonato, l’infanticidio. Che poi, in modo aggravato per certi aspetti, sono le condizioni che ritroviamo oggi.

Tuttavia, nonostante i presupposti teorici del manicomio di Pisani, la terapia morale mal si coniugava con essi, fino a trasformarsi in “riadattamento ai valori morali della borghesia e al ruolo che nella società capitalistica a ciascuno è assegnato” e in organo di polizia.

## CAUSE DI FOLLIA

### **L'inquinamento**

#### **Un presupposto teorico del manicomio**

«L'universalità manicomiale della follia presupponeva in ultimo la teorizzazione della sua autonomia istituzionale e un suo preconcepito rifiuto della città quale luogo di costrizione dello spazio fisico. Questo rapporto negativo, modulato dalla psichiatria europea, si fondava sulla constatazione della crescita tumultuosa delle città e delle loro pessime condizioni igienico-sanitarie (aria malsana, scarsa vegetazione, mancanza di acqua, esposizione ai venti, frastuoni, ecc.). All'aria particolarmente si attribuiva l'insorgenza di molte malattie [...] il Guggenbuch [...] aveva affermato l'importanza della salubrità dell'aria nella cura della follia, e il Seguin [...] si era soffermato sull'influenza degli agenti atmosferici sul sistema nervoso e cutaneo. Al manicomio si richiedevano quindi particolari requisiti.»

### **Fuori palude**

Infatti «a differenza del San Giovanni, la Real Casa dei Matti, sorta dalle rovine dell'Ospizio di Santa Teresa, si trovava lontana dall'area paludosa dell'Oreto, in aperta campagna, a oltre mezzo miglio da Palermo, uscendo da Porta Nuova.»

### **Cause sociali**

«[...] Nel Pignocco, più che nel Pisani, l'eziologia delle varie patologie è precisa: esse venivano correlate col "genere di vita", con la professione, l'istruzione, la religione, con la "forma dei governi", la miseria, l'infanticidio e il puerperio "trascurato", mentre le monomanie, specie nelle donne, si consideravano prodotte dalle "passioni sociali".

## **Cause morali**

S'individua, nell'analisi frenologica, una stretta connessione con le cause morali capaci di produrre un "morboso perversimento dei sentimenti, delle inclinazioni, degli abiti e disposizioni morali, senza allucinazioni e senza erronea convinzione alcuna dell'intelletto, che talvolta sembra coesistere con lo stato apparentemente inalterato delle facoltà mentali" (2), fino a raggiungere stati di allucinazione "nei quali il folle crede che intorno a sé accadano cose che poi in realtà non sono; eppure egli le tiene per vere, indubitabili, e tali che lo fanno agire in conformità dell'erronea sua convinzione". (3)»

### **La scuola vitalistica e le cause organiche**

«La scuola vitalistica, più semplicemente, riduceva la follia a uno squilibrio di forze che occorreva ristabilire; i più empirici erano i notomopatologi e organicisti per i quali la follia non si sarebbe mai guarita senza la individuazione e la cura delle lesioni organiche.

[...] Erede della precettistica pisaniense fu il Pignocco, il quale fu il primo, dopo il Pisani, ad avviare la critica demolitrice della follia come male incurabile, propria degli organicisti, e a "studiare l'uomo nelle sue passioni, nei suoi istinti, nelle sue facoltà."»

### **Due culture mediche**

«[...] Per tutto il corso della prima metà dell'800 troviamo, così, nel manicomio palermitano, la compresenza di due culture mediche: quella anatomo-fisiologica che scaricando sul paziente le cause della sua follia si fondava sulla ricerca delle lesioni organiche, e imponeva resezioni cadaveriche; e quella di derivazione inglese e francese che si ispirava a William Tuke, fondatore del manicomio di York, e a Philippe

*Pinel che nel 1792 era stato il primo a proporre l'abolizione delle catene nel manicomio parigino di Bicêtre.*

*[...] Per entrambi queste correnti [...] la follia s'iscriveva sempre e comunque, piuttosto che in un quadro clinico, in una precettistica comportamentale che era prevalentemente riferita alle classi subalterne, ai poveri che avevano la più alta percentuale di recidività.»*

### **IL Barone Pisani**

*«[...] Il Pisani aveva ridotto la follia in quattro classi: “demenza, mania, monomania e idiotismo”».*

### **Il folle come un bambino**

*C'è nel Pisani «la riduzione della follia all'età infantile; il folle è considerato come un bambino, e pertanto trattato cogliendone le bizzarrie, e cullato quando è violento, fino al sonno. Le culle pensili rivestono un ruolo centrale nel trattamento dei furiosi, e al sonno è finalizzata l'attività lavorativa.»*

### **L'influenza del Pisani**

*Dopo il 1837, morto il Pisani, la sua influenza continuò a farsi sentire sulla metodologia del manicomio per lungo tempo ancora tale che gli altri metodi ebbero scarsa possibilità d'accesso.*

### **L'ideologia**

*«L'ideologia pisaniana risolveva, infatti, la deviazione mentale in un sistema di rapporti interpersonali medico-degente, destinato a seguire dei canoni ormai codificati, che erano quelli propri della dottrina morale europea, in base ai quali qualsiasi terapia doveva basarsi essenzialmente sui postulati della verità, della ragione e dell'igiene, e cioè del ritorno fiducioso alla normalità attraverso l'ordine, la razionalizzazione, il confronto quasi sacrifico.»*

### **La psicologia**

*«L'internamento [...] appariva come una necessità indiscussa [...] il folle [...] È possibile, secondo la scuola psicologica pisaniana, recuperarlo, reinserirlo, fornirgli gli strumenti della partecipazione, consentendogli di riappropriarsi della realtà che l'aberrazione della mente gli aveva fatto smarrire.»*

## **I direttori**

### **Dopo Pisani**

*«Si passava, con la morte del Pisani, alla direzione dei suoi figli Melchiorre e Casimiro, e quindi a quella di Luigi Lucchesi Palli e del vescovo Turrisi (1839), di Ernesto Amari (1841), del barone Valdaura (1849), col quale fu migliorata la terapia farmacologica, e si applicò per la prima volta con qualche sistematicità la musica al trattamento delle malattie mentali.»*

### **L'ecclerismo e il Pisani**

*Tra l'ecclerismo degli interventi messi in atto «a quaranta anni di distanza dalla sua morte, si era salvato solo il Pisani, che tuttavia non era stato un medico».*

### **Cura morale**

*«[...] La teoria pisaniana, come del resto la più generale dottrina morale, prevedeva un rigoroso sistema di premi e castighi.»*

### **La terapia morale: riadattamento ai valori della borghesia**

*«[...] La sostanza della terapia “morale” era tutta qui:*

*“Si partiva da una concezione della follia intesa soprattutto come disturbo della*

volontà, come perdita dell'autocontrollo, e si intendeva, attraverso interventi esterni, favorire l'emergere di una coscienza morale che si considerava innata in ogni uomo. Tale morale era, in definitiva, quella di una borghesia che si andava affermando come classe egemone, e non a caso aristocratici e poveri venivano considerati come predisposti alla follia, deviando la loro condotta di vita dai valori propri al terzo stato. La terapia sarà quindi il processo di riadattamento ai valori della borghesia e al ruolo che nella società capitalistica a ciascuno è assegnato.

Andrew Combe, da tempo, andava sostenendo la specializzazione delle diverse aree del cervello rispetto alle funzioni intellettive dell'individuo. Essi, ma soprattutto il Marcé, furono introdotti a Palermo dal Gebbia, ma non ebbero che una modesta credibilità [...] Il Gebbia rifiutava "ogni metodo di nosologia mentale fondato sulla psicologia pura" e dichiarava come unica via praticabile quella di "applicare allo studio della follia i metodi puramente medici" cioè quelli diagnostici-terapeutici. Era una via che si legava strettamente alla farmacologia, e cioè a un settore che fino ad allora non presentava alcun razionale ordinamento. [...] Nella cura della follia si procedette, pertanto, col Daita, a una selezione dei vari farmaci attraverso una preventiva somministrazione sperimentale agli animali.»

### **La salutare paura del medico**

A questo scopo si alternano atti di liberalità concessi come premio di comportamenti accettabili, a tentativi di condizionamento psicologico e a punizioni fisiche usati per modificare o scoraggiare condotte intollerabili. Il sentimento che il medico cerca di suscitare nel paziente è di salutare paura. Il folle deve sentirsi scrutato, giudicato da una superiore autorità morale: ad ogni deviazione la punizione seguirà implacabile (4).

### **La farmacologia subentra alla terapia morale**

La "terapia morale" corrispondeva alla loro visione del mondo e alla nuova cultura - non solo medica - europea, prevalentemente illuministica e filantropica. [...] L'avvertita insufficienza di questo metodo di cura, richiamava l'attenzione sulla farmacologia che con F. J. Gall, Spurzheim e

## **Dalla teoria alla pratica**

### **Una sedia per la follia**

«Allora che il furore di un pazzo arriva a quel punto che gli fa perdere la coscienza e la sensibilità, si fa sedere il furioso sopra una sedia fissata in terra, e a tale oggetto costruita. Con una fascia di tela fortissima si avvolge intorno alla sedia il pazzo con le braccia dentro dal busto insino al petto, ed in tale positura un uomo robusto gli getta con somma violenza in faccia catini di acqua dell'ordinaria temperatura. Al quarto al quinto catino il furore sarà cessato.»

### **Sequestro e camicia di forza**

«[...] Nel capitolo delle Istruzioni sui "Metodi di restrizione per frenetici e furiosi", per quanto si condannino i trattamenti disumani (macchine rotatorie, letti di contenzione, bagni di sorpresa) e si rilevino gli aspetti etici del problema, vengono contemplate due soluzioni adattabili: "il rinchiodamento nella propria stanza" e la "camicia di forza".»

### **Una cura senza causa**

«Tutto l'apparato organizzativo della vita manicomiale era finalizzato al reinserimento, senza che da parte dei dirigenti e del personale sanitario dell'istituto si fosse mai posto il problema del significato eziologico dell'anormalità. [...] Tutta l'impostazione pisaniana è diretta alla persuasione, alla presentazione del manicomio come microcosmo migliorato della società. Il rifiuto della regola mette in atto un meccanismo repressivo: l'isolamento in camera e, in caso di stato frenetico, camicia di forza e doccia fredda sulla testa, immersione in acqua tiepida.»

### **Una pratica integrata**

«[...] Alla Real Casa dei Matti [...] il rapporto medico-degente, dieta alimentare, ergoterapia e igiene, anatomia patologica, furono sempre momenti interrelati di un progetto eclettico che non è solo del Pignocco, ma è anche di tutta la tradizione postpisaniana fino all'avvento del positivismo.»

Anche nel Piemonte, come ci dice il Bonacossa, il regime alimentare entrava a far parte di una pratica integrata: «Io colloco in primo luogo il regime alimentare. [...] Nell'istesso tempo in cui questo morbo è frequentissimo, ostinato e micidiale ne' poveri, è più raro e più facile a cedere, e poche volte mortale nei pensionarii, ed in quei poveri stessi, i quali per essere in qualche modo occupati, sono in premio dei loro servizii alquanto diversamente e meglio degli altri nodriti.» (5)

## **Un organo di polizia**

### **Scorie della borghesia**

Carlo III aveva destinato ai mentecatti l'Albergo dei poveri, prima del manicomio.

«Il manicomio, dunque, alla fine della prima metà dell'Ottocento, contrariamente alla sua funzione iniziale, si era progressivamente ridotto a sostituire la vecchia istituzione settecentesca e lo stesso ospizio di mendicizia, trasformandosi in una grossa sacca di scarico di emarginati respinti da una borghesia agraria e cittadina in espansione, e istituzionalmente ghettizzati.»

### **Dividere e controllare**

«La forte specializzazione degli spazi corrispondeva, infatti, [...] all'oggettiva nocività della convivenza, ad esempio, del demente alcolista con l'affetto da crisi depressiva, sia anche a una divisione classista degli spazi che a Palermo vedevano privilegiati i "pensionisti" che pagavano una retta giornaliera a differenza dei poveri che gravavano sulla provincia e sui comuni.»

### **1848 - Centro di isolamento politico per molti avversari**

«L'istituto palermitano fu prima di tutto un'emanazione della volontà dello Stato negli anni del fallimento delle aspirazioni dei democratici siciliani sotto i colpi della restaurazione e della sconfitta dei moti del 1821. Fu pertanto anche un organo di polizia urbana alle dirette dipendenze del luogotenente generale del re, e, quindi, del governo centrale di Napoli, ai quali spettava decidere delle ammissioni, tramite precisi rapporti delle autorità civili e militari.

[...] Il 1846 sembra fare da spartiacque tra il tempo della "terapia morale" e quello successivo in cui sembrano prevalere le tesi organiciste e la terapia farmacologica.»

### **L'inettitudine politica**

«"qui in Sicilia una specialità di sì gran momento pel medico sapere è da pochi

*coltivata [...] e le nostre giunte municipali non hanno preso, né pensano a prendere delle misure sufficienti, che rispondessero ai bisogni degli alienati, i quali crescono sempre più in numero, né si curano di mettere i medici in posizione propizia, che li incoraggi a questo genere di studi”.*»

### **1864. Il Giliforti <sup>(6)</sup> sui politici**

*Del manicomio «Le condizioni erano state rese sempre più gravi dai sbrigativi provvedimenti delle giunte municipali sempre pronte a sbarazzarsi dalla preoccupazione di pensare a come rispondere “ai bisogni degli alienati” e a mettersi la coscienza a posto con una delibera di ricovero al manicomio.»*

## **Carcere e manicomio**

### **Manicomio nuovo carcere**

*«La nuova “classe colta e pensante” avvertiva che era finalmente arrivato il “tempo di costruire meno prigioni e più asili di alienati”. Il nuovo progetto fu, dunque, quello di operare un semplice trasferimento di reclusi dalle carceri al manicomio, di procedere alla ristrutturazione di quest’ultimo, la cui ricettività continuava a interessare tutto il territorio siciliano; di rendere più attiva la sorveglianza della polizia sanitaria.»*

### **Emarginati e internati**

*«[...] L’internamento tuttavia appariva come una necessità indiscussa, sostenuta già da Esquirol come strumento della stessa terapia: “un hôpital d’aliènès est par lui même un instrument de guèrison” [...] anche perché - notava Giliforti riprendendo il Pignocco - il folle è spesso il senz’atetto, l’emarginato deriso, il disadattato affamato insomma, al quale si offre un “asilo”, un “conforto alla sua tristezza”.*»

### **Subalterni e incatenati**

*«Nella specifica realtà siciliana, la follia emerge, così, anche dalle secolari sedimentazioni della subalternità delle masse oppresse, da un ordito storico-sociale che ne evidenzia il carattere dinamico, in un particolare momento dell’evoluzione della società. Il monomaniaco, ad esempio, è preso da uno spiccato complesso derivante dalla sua ancestrale fame di benessere non altrimenti manifestatasi che con l’esaltazione del suo atavico sogno di riemersione dall’abisso della fame, della colpevolezza e della subalternità.*

*Il monomano, or crede di possedere tesori, ed una fortuna colossale, ora è re, imperatore, papa ed anco Dio, quindi comanda, i suoi cenni sono dei decreti, la moglie, i figli, gli amici, i congiunti, i domestici, sono i sudditi, sui quali esercita la sua illuminata autorità, destituisce dei pubblici funzionari, e ne crea altri novelli, dispensa delle grazie, e mena vanto della sua potenza, del suo coraggio e della sua incomparabile sapienza.*

*Il monomaniaco or è preso da immenso amore per delle cose ideali o da smanie per appetiti non ordinari, o pervertite le facoltà affettive, concepisce odio implacabile per le persone che gli furono più care, o contro un individuo estraneo, che li rende audace, minaccioso, insubordinato, e lo spinge alle vie di fatto.»<sup>(7)</sup>*

### **Classificazione**

*«Nei primi decenni della seconda metà dell’Ottocento [...] la psichiatria palermitana compie uno sforzo preciso nella dire-*

zione di una più puntuale individuazione dei diversi generi di follia.»

## I FARMACI

### ***Nel metodo Pisani***

«[...] L'uso dei farmaci da parte dei pisaniani [...] era molto contenuto e comunque secondario rispetto alla più radicale terapia morale.»

### ***Il Daita si oppone al Pisani sull'uso dei farmaci.***

Al Pisani si oppone il Daita e altri medici come il chirurgo Andrea Bellitti e Carmelo Manzella, nei quali «era prevalente la preoccupazione [...] che in definitiva ci si bloccasse in una lunga e indefinibile routine di terapie morali, secondo le prescrizioni, tra gli altri, del Willis “che non essendo medico, spacciava guarire i folli senza medicinali”».

Da parte del gruppo di Daita l'obiettivo che si voleva raggiungere «era quello di una graduale introduzione della farmacologia, con la quale si avviò la pratica della somministrazione delle medicine nei cibi e nelle bevande, e ci si rivolse con qualche speranza, presto delusa, agli inguaribili, ai cosiddetti “sporconi”.»

### ***L'isolamento terapeutico***

La farmacologia interveniva con moduli che «evitavano gli stessi problemi organizzativi sollevati dall'ergoterapia, e dal continuo crescendo di ricoveri, chiudendo i pazienti nel loro totale isolamento.»

### ***Le imprese farmacologiche del Daita.***

#### ***Il ferro rovente***

«Nella cura delle “malinconie profonde” e in qualche caso nelle manie furiose

entrò in uso col Daita il ferro rovente, che venne applicato al “terzo superiore delle cosce”. Era la pratica dei “cauteri”, che assieme a quella del “setone” e della “moxa” risultavano delle vere e proprie torture: era quanto prescriveva la scuola fenomenologica milanese del dott. Buccinelli. Secondo questa scuola, che il Pignocco definiva degli “empirici” e dei “rutinisti”, si trattava di provocare sul collo, o sul cranio o su qualsiasi altra parte del corpo,

### ***Bruciare la follia***

delle ustioni così gravi da far passare in secondo piano la gravità della pazzia, provocando in essa una “perturbazione” capace di produrre “buoni e significativi effetti”. Analogo era l'uso del “setone” col quale veniva procurata una ferita sottocutanea, o il ricorso a forti dosi di “pomata stibiata” sul cranio e di “vescicanti” alle gambe, alle braccia e sulla spina dorsale che causavano forti infiammazioni all'epidermide attraverso le quali si riteneva che la follia si “volatilizzasse”

### ***Precursori dell'elettrochoc***

«[...] Ma ci troviamo, col Daita, già su un altro piano che è quello che porterà in quegli anni al ricorso alle “correnti elettriche” e alla successiva (1870) introduzione “dell'eccellente macchina elettrica sul sistema Brassart” che resterà in uso per oltre un secolo, praticamente fino ai nostri giorni.»

### ***Bagni e salassi***

«Durante il furore maniaco [...] la pratica dei salassi come prescriveva il Boullaud fu ripetuta unitamente alle varie forme di bagni, dei quali il più comune era il “bagno d'aspersione” [...] a Parigi [...] erano suggeriti, invece, i “bagni d'affusione”.»

## ***La malattia dell'encefalo***

«Nei primi decenni della seconda metà del secolo [...] venne sempre più precisandosi una psichiatria fondata “sullo studio delle funzioni dell'encefalo” [...] Anche in Sicilia tornarono di nuovo il Falret e il Broussais, l'anatomia ricevette nuovo impulso e la follia divenne di nuovo una “malattia inguaribile”, come il colera e la tubercolosi.»

## ***Follia in società***

«In questo senso la follia, come qualsiasi altro tipo di malattia, serve a delineare una storia dipendente “dalla ineguale distribuzione della nocività”.»

<sup>1)</sup> *Società e follia in Sicilia (la transizione: 1824 - 1875)*, di Giuseppe Casarrubea, Cooperativa socio-sanitaria «Spazio-Salute» Partinico, Palermo, 1984.

<sup>2)</sup> In Casarrubea, “Cfr. Pignocco, *Saggio sulla statistica medica della Real Casa dei Matti di Palermo*, 1852, pp. 16-18.”

<sup>3)</sup> In Casarrubea: “ibidem, pp. 30-32”

<sup>4)</sup> In Casarrubea, “Cfr. Manacorda - Montella, *La nuova psichiatria in Italia, esperienze e prospettive*, prefazione di Sergio Piro, Milano, Feltrinelli, 1977, p. 10”.

<sup>5)</sup> Bernardino Bertini e Gio. Stefano Bonacossa, op. cit.

<sup>6)</sup> Giliforti, chirurgo del manicomio palermitano.

<sup>7)</sup> In Casarrubea: “Cfr. F. B. Giliforti, *Vicende e stato attuale della psichiatria in Sicilia*, cit., pp. 7-8”.

# **Che si dice**

Un'ennesima questione d'economia, come in questo momento appare, ha preso a pretesto un argomento ormai stantio: la chiusura dei manicomi.

Spostando l'attenzione dal reale interesse dello Stato, i giornalisti indirizzano lo sguardo alla follia.

Alcuni avevano dimenticato, altri rimosso che il manicomio va a pieno regime. Rilanciati nel dibattito la follia, quindi la malattia, diventano appena un pretesto che conduce lontano dall'essenza del problema fondamentale: l'esclusione.

Per gli ormai “cronici” di Palermo rimane il manicomio. L'ultima perla, ormai, della loro vita. Ma non solo a Palermo; dove non rimane nulla di quel giardino che il Pisani, nonostante tutto, avrebbe voluto renderlo.

L'aver affidato lo smantellamento dei manicomi, quindi la *questione psichiatrica*, allo Stato attraverso il suo meccanismo legislativo, da cui la 180, ha creato qualche effetto positivo... se non altro per la popolazione: l'aver messo un'altra pietra sopra la follia.

Con la 180 la gente ha creduto che i manicomi fossero chiusi. I più giovani si dimostrano increduli quando si parla di manicomi aperti e funzionanti. La stessa stampa, se non messa di fronte ad uno scandalo, ha parlato sempre di manicomi chiusi.

Cosa avrebbe mai lasciato pensare, a partire da Basaglia, che lo Stato potesse chiudere i manicomi con una legge? Rimane tuttora un mistero.

Cambiando le etichette il Pisani è rimasto aperto a tutti gli effetti, anche favorendo nuove ammissioni: «*La legge 833 lo vieta, eppure dall'85 ad oggi sono stati ammessi circa 200 nuovi pazienti nelle comunità*

*terapeutiche create in via Pindemonte», che altro non sono che manicomio.*

Nel dibattito in corso c'è niente che lasci pensare ad una reale chiusura dei manicomio, o che la psichiatria si sia data né metodi né strumenti per trasformarsi (chissà poi come!) da istituzione della segregazione e dell'esclusione a organizzazione di aiuto ed emancipazione promuovente la comunità senza la quale si potrà continuare a parlare di esclusione psichiatrica e non di salute né di salute mentale.

È così sempre più necessario che la distruzione della psichiatria, in tutte le sue dimensioni dell'esclusione, rimanga argomento vivamente attuale.

## **Solo una questione d'Economia**

**01 Dic. 1996 (1)**

Sono stati evitati tagli per 50 miliardi nel 1997 e 200 miliardi nel '98 che la Sicilia avrebbe subito a causa della mancata chiusura degli ospedali psichiatrici entro il 31-12-96.

Sarà necessario che entro il 31-1-97 la Sicilia adotti strumenti di pianificazione riguardanti la tutela della salute mentale.

## **La denuncia di Psichiatria Democratica**

***La psichiatria: una beffa  
Anche quando cambia etichetta***

**07 Dic. 1996 (2)**

*«Palermo - Manicomio, ultimo atto o ritorno al passato? [...] In Sicilia le strutture alternative sono ancora inadeguate e i vecchi ospedali psichiatrici sembrano più pronti a rimanere che a morire. [...] Cambiata l'etichetta, i circa 1.400 ricoverati siciliani potrebbero continuare a restare*

*nella stessa situazione anche se sono stati riclassificati come "anziani" [...] La "Real Casa dei Matti" di Palermo [...] di via Pindemonte ha un organico di 220 infermieri e il costo annuo della struttura è di 70 miliardi. [...] La proposta avanzata a giugno dal responsabile di settore, Francesco Caserta, prevede la riconversione di dieci reparti in altrettante comunità terapeutiche, con 25 degenti, da assegnare ai cinque dipartimenti di salute mentale. Questi ultimi hanno già a disposizione altre cinque edifici sottoposti alla stessa "trasformazione". In totale, quindi, in città ci sarebbero 15 Cta, per 357 malati, tutte concentrate dentro l'area del vecchio manicomio. Insomma, un progetto che assume i contorni della beffa.»*

## **Dal Senato**

***Senza illusioni:  
il manicomio chiuso***

**08 Dic. 1996 (3)**

*«Un dato sconcertante giunge dalla commissione Sanità del Senato: solo 10 manicomio su 62 saranno in grado di chiudere e soltanto una regione potrà rispettare i parametri previsti: l'Emilia Romagna. "Sono tanti i vincoli e gli ostacoli che frenano il cammino del superamento degli ospedali psichiatrici", ha detto il senatore Renato Schifani, componente della commissione Sanità del Senato.»*

## **Integrazione di conoscenza?**

***Solo una vecchia  
questione di potere***

**10 Dic. 1996 (4)**

Con la circolare n. 884/96, emanata dall'assessore alla Sanità Biagio Cantone, «si è istituito un organico apposito per il servizio di Psicologia [...] gli psicologi devono essere inseriti in un nuovo servizio e, pertanto, devono uscire dai dipartimenti di

salute mentale, quindi fornire le loro consulenze o prestazioni a richiesta dei Dsm o dell'utenza esterna.»

Ciò, secondo gli psichiatri, «sconvolgerebbe l'assetto organizzativo e le responsabilità pertinenti alla figura medica sancite dalle leggi dello Stato.»

Gli psicologi se vorranno rimanere all'interno dell'attività integrata del DSM «dovranno rispettare l'obbligo di attenersi alle regole organizzative e rispondere gerarchicamente al responsabile che è il dirigente medico.»

Caserta ha detto: «Abbiamo votato un documento con il quale si recepiscono integralmente gli effetti della suddetta circolare, destinando alla figura medico-psichiatra la riappropriazione del proprio ruolo centrale nella diagnosi e nella terapia delle malattie mentali, con l'opportunità di avvalersi, laddove necessario, della consulenza degli psicologi. Loro, invece, pretenderebbero di continuare ad operare all'interno dei DSM, che sono delle strutture complesse ad incontestabile dirigenza medica, in piena autonomia ed al di fuori di ogni regola organizzativa.»

Caserta, segretario regionale della SIP, dice Maria Sanfilippo, capo servizio di Psicologia, «vorrebbe porci una scelta tra diventare sudditi all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale oppure lasciarci come consulenti esterni che possono essere chiamati solo quando se ne ha bisogno.»<sup>(5)</sup>

## **La fiducia di Andreoli**

### ***Fiducia nella beffa***

31 Dic 1996 (6)

Anche Andreoli, chissà perché, è tra quelli che sostengono che i manicomi, questa volta, chiuderanno e li definisce "residui manicomiali".

«Oggi si chiudono i residui manicomiali. Finisce un'agonia iniziata nel 1978, quando una legge, la 180, aveva sancito che

i malati di mente non sarebbero più entrati in un manicomio. [...] La legge del 1978 venne promulgata, non applicata.

### ***Una promessa non mantenuta***

Si chiusero i manicomi, nel senso che non si potevano più accogliere pazienti, ma non si fece nulla per creare una accoglienza alternativa: sia dal punto di vista delle strutture fisiche che delle modalità terapeutiche.

### ***Primo: il denaro***

Sono due i fattori che hanno indotto questa sine cura. La resistenza da parte dei manicomi e case di cura private, che, seguendo la legge, avrebbero perduto enormi benefici.

### ***Niente di umano nella psichiatria***

Il secondo fattore si lega agli psichiatri e alla loro tacita accettazione di luoghi e situazioni che deontologicamente non si sarebbero potute accettare: senza nulla di umano e alcunché di sanitario.

### ***Psichiatri per ricchi***

Gli psichiatri si sono prestati al gioco di consigliare a chi aveva un po' di denaro di farsi curare sempre da loro ma in case di cura private.»

## **Scade la 180: da domani nulla accadrà**

### ***Esclusi e truffati***

31 Dic. 1996 (7)

Tantissimi degli attuali ancora reclusi in manicomio non hanno alcun tipo di pensione che, per la loro patologia, avrebbero dovuto già avere da tanti anni. Questi soldi li hanno lasciati allo Stato. Ciò fa dire alla dottoressa Pierrotti che i malati di mente,

dimenticati da Dio e dagli uomini, sono dei veri e propri «benefattori» della pubblica comunità.

### **Boicottaggio di Stato**

«La legge 180 [...] è stata largamente inapplicata. Da qui il suo conseguenziale fallimento. Fallimento per palese e scientifico boicottaggio.»

### **Anche la “malattia” rimossa**

«Il 31 dicembre 1996 scade la legge 180 e chiuderanno, come si dice, i manicomi, cioè le vecchie strutture di contenzione, i villaggi globali della follia, residuo dell'Ottocento, grandi stanze, soffitti alti, larghi corridoi, finestre e vetrate, residenze collocate quasi tutti in giardini bellissimi che sono come dei luoghi botanici, ultima testimonianza di quell' “archeologia sanitaria” che è servita nei secoli a preservare il mondo da una “malattia” scomoda, sconveniente, decisamente imbarazzante. La 180 chiude i battenti ma in pratica da domani non accadrà nulla. Non è affatto vero che i lungodegenti rimasti verranno rispediti al mittente, cioè alle famiglie.»

### **Il manicomio si ricrea**

Tutto continuerà come prima. Almeno per un po' [...] “il manicomio si può ricreare in qualsiasi luogo e in ogni situazione”, “anche in un gruppo famiglia di quattro persone, se funziona come luogo di contenimento o di terapia mascherata.”

### **A rischio di follia**

La dottoressa Battistacci di Perugia: “Un tempo la distinzione era netta: c'erano i matti e i sani. [...] Ora c'è una gamma diffusa di disagi. Ora c'è una domanda che prima non emergeva perché veniva reclusa, occultata nel manicomio.”

Così va la moderna società delle nevrosi e delle paure collettive. E siamo tutti

potenziali soggetti a rischio. Per uscire di senno ci vuole un nonnulla.»

## **Il Capitale**

**02 Gen. 1997 (8)**

«Il riutilizzo dei manicomi, un patrimonio edilizio di migliaia di miliardi. [...] La legge impone che il denaro ottenuto con la vendita o l'affitto degli immobili venga reinvestito in psichiatria.»

## **Mai chiusa**

### **la Real Casa Dei Matti**

**02 Gen. 1997 (9)**

«So che Palermo ha già varato la delibera di chiusura. [...] La Regione non ha fatto una programmazione delle strutture alternative necessarie, né ha stabilito come realizzarle. [...] In barba a tutte le leggi, all'ospedale psichiatrico di Palermo, sono stati ricoverati ancora pazienti sia la scorsa estate che questo inverno.»

### **200 nuovi ammessi**

[...] La legge 833 lo vieta, eppure dall'85 ad oggi sono stati ammessi circa 200 nuovi pazienti nelle comunità terapeutiche create in via Pindemonte. [...]

### **Ragionieri della sofferenza**

Ogni paziente in ospedale psichiatrico costa quotidianamente 600 mila lire.» Nelle case alloggio «il costo giornaliero per ogni malato [...] è di 105 mila lire. [...] Chi è dentro il manicomio non verrà mai reinserito. Moriranno tutti là.»

## **Dal «il Manifesto» una preoccupazione economica**

### **Forse meno posti letto**

02 Gen. 1997 (10)

«Sia chiaro, i manicomi pubblici chiuderanno, e con qualche resistenza in più anche i privati, ovvero si compirà quel processo di riduzione dei posti letto psichiatrici che si è verificato in tutti i paesi occidentali, che in Italia è in corso da 25 anni e che più che altrove ha due anime, una interessata al taglio dei costi e pacificata con l'internamento - purché di "mercato" preferibilmente assistenziale e poco vistoso; l'altra che constata l'internamento e crea un nuovo tipo di tutela, fondata sui diritti e la valorizzazione delle persone.

### **Un affare d'oro**

[...] La chiusura dei manicomi offre un'occasione d'oro. Perlomeno 85 manicomi sono costituiti da edifici di grande pregio, parchi storici enormi, terreni agricoli al centro delle città, biblioteche, teatri, archivi. Questo patrimonio non è censito, può essere alienato, quasi mai ne è stato programmato il riuso, che potrebbe invece creare servizi e occasioni di lavoro. (Associazione F. Basaglia.)».

## **La Regione cambia tutto cambia niente**

### **Nulla è cambiato**

03 Gen. 1997 (11)

«Si sa, in Sicilia siamo campioni per cambiare tutto senza cambiare nulla. [...] La legge finanziaria [...] ha demandato alle Regioni l'obbligo di decretare la fine definitiva delle strutture "lager" entro la fine del 1996.

## **Riciclare il bottino**

[...] Il cambiamento [...] più di forma che di sostanza. [...] Il documento di Pagano [...] sottolinea che la legge nazionale dispone che i beni mobili e immobili degli ex manicomi, patrimoni di decine di miliardi, siano dismessi e destinati dalle Aziende Usl alla produzione di reddito.

## **La psichiatria in attesa di riciclare il denaro sporco**

Il fiume di denaro poi dovrebbe essere sfruttato per attuare il Progetto obiettivo. [...] In ogni caso - si legge nel piano - non potrà consentirsi l'attivazione di presidi residenziali dei dipartimenti di salute mentale negli ex ospedali psichiatrici né l'ammissione di nuova utenza.

## **L'assenza di strutture alternative...**

[...] Il primo dell'anno non ha coinciso con la dimissione dei malati dai manicomi e le strutture alternative, quando ci sono, sono un bluff. Molti 'internati', in realtà, rischiano di restare dentro le vecchie mura manicomiali.

## **cambia solo i nomi e ...**

Cambiata l'etichetta, i ricoverati potrebbero restare nella stessa situazione anche se sono stati riclassificati come "anziani" (420), "portatori di handicap" (280), e, "pazienti psichiatrici cronici" 700. Nella "Real casa dei matti" di Palermo è stata ideata la "riconversione" di dieci reparti in altrettante comunità terapeutiche da assegnare ai cinque dipartimenti di salute mentale.

## **lascia il manicomio a pieno regime**

Questi ultimi hanno già cinque edifici sottoposti alla stessa 'trasformazione'. In totale in città ci saranno ben 15 Cta, per quasi quattrocento malati, tutte dentro l'area del vecchio manicomio.»

## Continua l'inganno delle leggi

**07 Gen. 1997** <sup>(12)</sup>

«È bastato un trucchetto per aggirare la norma. Raffaello Papeschi, aiuto primario, lo spiega così: “Formalmente dimessi dall’ospedale psichiatrico l’ultimo giorno del ’96,

### **Riammessi i dimessi**

il primo giorno del ’97 i pazienti di Maggiano sono stati tutti riammessi nello stesso ospedale che, semplicemente, adesso si chiama residenza sanitaria assistita.” Tutto qui. La legge è stata rispettata.» (Maggiano, prov. di Lucca.)

### **Impossibile dimissione**

Papeschi - «Direi addirittura una questione legale. Perché non esiterei a configurare il reato di abbandono di incappace se qualcuno volesse dimettere i pazienti di Maggiano: sono tutti anziani e qui dentro vivono da troppo tempo ormai.»

### **Pagano Propone: un manicomio più accogliente**

**10 Gen 1997** <sup>(13)</sup>

«Il programma, definito dal ministro della Sanità, prevede la chiusura definitiva delle strutture manicomiali entro il 31 Dicembre 1997.

### **Nessuna voglia di chiusura**

[...] Pagano afferma che “la riconversione degli ospedali psichiatrici passa anche attraverso l’acquisizione delle strutture ed attraverso la loro modifica in modo più consono e più accogliente: non ci limiteremo a trasformare i locali facendo sparire i cartelloni toponomastici.»

## Psichiatria ad Agrigento

**Gen. 1997** <sup>(14)</sup>

«“Almeno sedici persone sono morte di tubercolosi”. Cancrini: “Esplodeva la Tbc e loro non se ne accorgevano”. “Almeno sedici persone sono morte di Tbc perché costrette a vivere in padiglioni senza riscaldamento e senza vetri, nude. Spesso immerse negli escrementi”.

### **Abbandonati alla Tbc**

È la relazione del professor Luigi Cancrini sulle condizioni di vita dei ricoverati dell’ospedale psichiatrico di Agrigento.»  
«“Non si sono accorti che il male esplodeva come un’epidemia”, dice il professore e racconta di ammalati lasciati marcire per anni.»

### **La speranza in una morte pietosa**

«[...] In quell’inferno solo “una morte pietosa” riusciva a strappare i matti alla follia». Il professor Luigi Cancrini è psichiatra e consulente dell’accusa. L’abbandono, «loro lo attribuiscono a cause ‘esterne’, inadempienze da parte della USL e della provincia.»

### **Senza i più semplici esami**

Non furono fatti nemmeno i più elementari esami come la schermografia di massa. «Non furono fatti quegli esami semplici che servono a verificare se c’è una massiccia presenza della malattia. Questa è la grande negligenza. [...] Le finestre dei cameroni erano aperte, spalancate anche d’inverno;

### **Resiste il “malato sudicio”**

gli escrementi restavano addosso alle persone, ai cosiddetti “malati sudici” [...] l’espressione “malato sudicio”, spesso usata nelle cartelle cliniche, è stata presentata

dagli psichiatri dell'ospedale come un sintomo della malattia mentale, mentre noi abbiamo proposto l'idea, basata sulla letteratura scientifica, che quello del "malato sudicio" è un comportamento legato alla condizione in cui la persona si trova.

### **Un manicomio che né canta né vola**

[...] Manicomio, vecchio manicomio, come era soprattutto nelle provincie povere italiane, caratterizzato da una assoluta insufficienza di medici; dalla mancanza di servizi interni all'ospedale, per cui anche una radiografia diventa un problema.

### **Un'eterna agonia**

Una condizione di sostanziale abbandono, in cui il malato era irrecuperabile per definizione e doveva essere custodito fino al momento in cui "una morte pietosa" non lo avesse "strappato alla follia".»

«Ricordo una donna che è stata ospite ad Agrigento per trent'anni, e che era stata ricoverata semplicemente perché sua madre e sua sorella erano lì, è stata chiusa in quell'inferno dopo essere stata respinta dal marito. I casi di mogli non più volute, o ragazzi che nell'ambito della famiglia contadina non erano più produttivi e che venivano piazzati lì, sono tanti.

### **Devianza reclusa**

Perché l'ospedale era il punto d'arrivo per tutta una serie di devianze. [...] L'ospedale psichiatrico aveva la caratteristica di raccogliere un numero molto grande di persone per disperdere in un anonimato drammatico delle situazioni che si aggravavano reciprocamente.»

## **Indifferenza eretta a metodo**

**19 Gen. 1997** <sup>(15)</sup>

«Alla fine degli anni sessanta, [...] lo stesso primario di psichiatria, Mario La Loggia, aveva denunciato le condizioni disumane in cui erano costretti a vivere i malati. Una denuncia caduta però nella più totale indifferenza. Di quello che accadeva all'interno delle mura del manicomio che si trova a poche decine di metri da viale della Vittoria, uno dei salotti buoni di Agrigento, sembrava non importasse nulla a nessuno. Una indifferenza diffusa nella società agrigentina.»

## **La Psichiatria: un inganno**

**21 Gen 1997** <sup>(16)</sup>

Alda Merini è la poetessa dei navigli. È stata dieci anni nell'ospedale psichiatrico. Parla dell'elettrochoc.

«Le fanno una pre-anestesia al curaro, per immobilizzare i muscoli. Poi le mettono una specie di morso in bocca. Non so il voltaggio elettrico ma, per descriverne gli effetti, direi che assomiglia a un attacco epilettico. [...] Con l'elettrochoc ti smemorizzano - giura - Tu magari soffri per un amore che ti ha abbandonato e loro ti tirano fuori così dalla depressione. Toccano i centri emozionali, che provocano il dolore, cancellano la memoria.» [...] «In manicomio [...] era vietato attaccarsi a qualcosa o a qualcuno. E per costringermi a dimenticare, mi facevano l'elettrochoc. È la psichiatria l'inganno di questo secolo, non il manicomio.»

**29 Gen. 1997** <sup>(17)</sup>

«Ci sono due imputati. L'ex direttore sanitario Gerlando Taibbi, che dentro il manicomio ha passato mezza vita, dal 1966

al 1994, e il dottor Angelo Mongiovì, che da imputato ha fatto carriera, è diventato direttore sanitario. [...] La tesi difensiva è che il degrado del manicomio di Agrigento era simile a quello di altre strutture, che la stampa ha gonfiato i fatti, che i medici oggi sotto accusa avevano più volte denunciato - per via burocratica - il degrado delle strutture; e che infine ad Agrigento, da decenni, tutti sapevano ciò che accadeva dentro al manicomio - Procura della repubblica, Usl, carabinieri, polizia, Comune e Provincia - e nessuno faceva nulla.»

## Gli imprenditori sulla follia (18)

**31 Gen. 1997**

Gaetano Interlandi critica il piano per la salute mentale preparato dall'assessore alla sanità Alessandro Pagano.

«L'unica novità del documento è che apre le porte all'imprenditoria privata - spiega - alla quale sarà consentito di avviare strutture in tutta l'isola e senza alcun limite. [...] In questo modo potranno superare il problema numerico - aggiunge - perché non potendo tenere anche novanta pazienti nella stessa struttura li divideranno. E poi faranno delle rotazioni per non tenerli troppo tempo nello stesso posto continuando ad aggiudicarsi una fetta di mercato di circa quaranta miliardi, se non di più. [...] Il loro unico obiettivo - dice - è quello di non perdere i finanziamenti nazionali.»

**01 Feb. 1997** <sup>(19)</sup>

«Di certo, per il momento, che i servizi di salute mentale potranno essere gestiti anche dai privati. Una soluzione che l'Assessore Pagano ritiene "in linea con i tempi."»

## L'orrore cancellato

**01 Feb. 1997**

Allo psichiatrico di Agrigento: «Poi, dopo lo scandalo, è arrivata una pioggia di miliardi. Ci hanno fatto arrivare, in un fiat, venti miliardi e solo per questo abbiamo potuto realizzare quello che oggi è sotto gli occhi di tutti.»

**02 Feb. 1997**

«Agrigento - Assolti. Non ci sono colpevoli per lo scandalo dello Psichiatrico trasformato in lager, per quella strage d'innocenti, 200 morti in 11 anni. [...] La sentenza è stata pronunciata [...] dal presidente del Tribunale Maria Agnello. [...] Le accuse [...] erano gravissime: omicidio colposo e abbandono d'incapace. [...] Il professor Luigi Cancrini, non aveva avuto esitazioni nel parlare di genocidio di fronte all'interminabile elenco di cadaveri [...] Sembrava un campo di concentramento, con quei poveri dementi lasciati impazzire nei gironi infernali.»

**02 Feb. 1997** <sup>(20)</sup>

Il sacerdote Enzo Di Natali fu il primo che alla vigilia di Natale del 1984 portò fuori dal manicomio gli orrori. Gli arrivarono pressioni e minacce da ogni parte, persino dalla curia. Nessuno voleva lo scandalo.

«Nessun magistrato diede ascolto alle denunce del sacerdote che qualche tempo dopo abbandonò l'abito talare.»

Per quelle persone morte: «al processo, nessuno si è costituito parte civile, neanche uno dei familiari delle vittime.»

**06 Feb. 1997** <sup>(21)</sup>

«Messina - Il tribunale di Messina ha assolto "perché il fatto non sussiste" l'ex presidente dell'Unità Sanitaria Locale e l'ex direttore sanitario dell'ospedale psichiatrico, accusati di abbandono di persone

*incapaci nell'ambito di un'inchiesta sulle condizioni del manicomio della città. [...] era stato contestato di non aver adottato tutti gli accorgimenti e gli interventi necessari per eliminare lo stato di degrado e consentire la vivibilità ai degenti.»*

## **I maghi del manicomio**

**14 Feb. 1997** <sup>(22)</sup>

*«All'interno dell'ex ospedale psichiatrico sono state istituite dieci Ctr, ovvero Comunità terapeutiche riabilitative [...] Nella mastodontica 'Real casa dei matti' ci sono altri cinque edifici sottoposti alla stessa 'trasformazione'. In totale, quindi, in città ci saranno ben quindici comunità tutte concentrate dentro l'area del vecchio manicomio. [...] Le comunità terapeutiche, infatti, sono tutte concentrate nell'immenso spazio dell'ex ospedale di via Pindemonte [...] Il decreto Manenti riconosce anche l'apertura di due Rsa, vale a dire Residenze sanitarie assistite. Anche queste si trovano all'interno del manicomio. [...] È prevista anche l'istituzione di alcune case alloggio.»*

**Feb. - Mar. 1997** <sup>(23)</sup>

*«La legge finanziaria 724/94 obbliga alla chiusura dei manicomi con proroga al 31 gennaio, pena il taglio sulla quota del fondo sanitario nazionale pari a 40 miliardi per la Sicilia, in caso di inadempienza. [...] Dei ricoverati palermitani solo il 14 per cento può essere dimesso, gli altri sono malati cronici e la maggior parte di età superiore ai 65 anni per i quali occorre assistenza geriatrica. [...] La riforma psichiatria prevede [...] case-famiglia [...] centri residenziali e semi-residenziali [...] centri di attività protetta [...] circoli o club [...] case-albergo [...] comunità terapeutiche assistite.»*

Per le Cta (Comunità terapeutiche assistite) che qualcuno, non ha caso, chiama

Ctr (Comunità terapeutiche riabilitative), cosa diversa, e le Rsa (Residenze sanitarie assistite) che sorgono all'interno del manicomio: *«Certamente saranno ristrutturati i locali, non più cameroni con le sbarre alle porte e alle finestre, ma stanze di piccole dimensioni, programmi terapeutico-riabilitativi specifici. [...] Francesco Caserta, capo settore del servizio di salute mentale dell'azienda Usl 6 è per la riutilizzazione delle strutture manicomiali esistenti, prezioso patrimonio storico e architettonico di rilievo, mediante un'adeguata ristrutturazione consona alle esigenze della legge. Di fatto 5 comunità terapeutiche esistono già all'interno del Pisani.»*

### **Lager privati**

*«Così come più volte emerso dai tanti blitz effettuati da parlamentari, politici, operatori sociali negli ospedali psichiatrici siciliani e italiani in genere, anche le strutture private sono ancora oggi equiparabili a lager nei quali i degenti vivono spesso legati ai letti, picchiati anche solo per aver chiesto un bicchiere d'acqua, incapaci di esprimere la propria volontà perché nessuno dei sanitari e degli infermieri preposto alla loro assistenza vuole essere disturbato.»*

## **SPDC**

### **Manicomio in ospedale**

**23 Feb. 1997** <sup>(24)</sup>

*«Possono le strutture sanitarie locali far guarire un individuo affetto da malattie psichiche?»*

*Di certo no negli ospedali psichiatrici come il Lazzaretto della Gaudagna. In un reparto convivono quindici pazienti di cui otto uomini e sette donne [...] epilettici, schizofrenici, ipocondriaci, depressi ex alcoolisti, ex tossicomani.»*

## Dimenticati nel manicomio criminale

12 Mar. 1997 <sup>(25)</sup>

«Mentre il “popolo sovrano”, sempre più incazzato, viene vessato dal fisco, per volontà degli “adoratori di Maastricht”, ci si è dimenticati, fra l’altro, di dare adeguata ospitalità ai “matti” di casa. [...] hanno scontato da tempo la loro pena ma restano detenuti in un ospedale psichiatrico giudiziario per mancanza di strutture di accoglienza. È quello che sta accadendo ad alcuni disabili mentali “dimenticati” nel manicomio giudiziario Sant’Eframo di Napoli.»

<sup>1)</sup> Manicomi, evitati tagli ai fondi della Sicilia - “Giornale di Sicilia”, 01 Dic. 1996.

<sup>2)</sup> Sanità / La denuncia degli operatori di Psichiatria democratica - “il Mediterraneo”, 07 Dic. 1996.

<sup>3)</sup> Manicomi, chiusura entro fine mese. In Sicilia si prevedono tempi lunghi - “Giornale di Sicilia”, 08 Dic. 1996.

<sup>4)</sup> Gli psichiatri difendono il proprio ruolo - «La Sicilia», 10 Dic. 1996.

<sup>5)</sup> Botta e risposta tra psicologi e psichiatri - «La Sicilia», 12 Dic. 1996.

<sup>6)</sup> Manicomi, addio senza rimpianti, di Vittorino Andreoli, - «La Repubblica», 31 Dic. 1996.

<sup>7)</sup> La tutela delle menti inquiete, di Alberto Ferrigolo, - «Il Diario Della Settimana», 31 Dic. 1996.

<sup>8)</sup> Cronache italiane, 02 Gen 1997, di Margherita De Bac.

<sup>9)</sup> “Giornale di Sicilia”, del 02 Gen. 1997, un’intervista a Gaetano Interlandi, responsabile del DSM della ex USL n. 29.

<sup>10)</sup> Un anno da matti - di Maria Grazia Giannichedda, “Il Manifesto”, 02 Gen. 1997.

<sup>11)</sup> Manicomi, la Sicilia ha scelto mutamenti alla “Gattopardo” di Giovanna Pirrotta - “il Mediterraneo”, 03 Gen. 1997.

<sup>12)</sup> “Corriere della Sera”, 07 Gen. 1997.

<sup>13)</sup> «il Mediterraneo», 10 Gen. 1997.

<sup>14)</sup> L’intervista - «Almeno sedici persone sono morte di tubercolosi», Cancrini: «Esplodeva la Tbc e loro non se ne accorgevano», di Enrico Fierro.

<sup>15)</sup> Manicomio Lager “Medici colpevoli” - «L’Unità», 19 Gen. 1997.

<sup>16)</sup> «La Merini: “Salviamo i matti fuori dai manicomi”» - di Elisabetta Rosaspina, «Corriere della Sera», 21 Gen. 1997.

<sup>17)</sup> Agrigento - La vita e la morte nell’ospedale dei pazzi, «Avvenimenti», 29 Gen. 1997.

<sup>18)</sup> L’odissea del piano manicomi, di Giovanna Pirrotta, «il Mediterraneo», 31 Gen. 1997.

<sup>19)</sup> Ex ricoverati dei manicomi. La Regione ricorre pure ai privati. «Giornale di Sicilia», 01 Feb. 1997.

<sup>20)</sup> Ospedale Lager, tutti assolti, «il Mediterraneo», 02 Febb. 1997.

<sup>21)</sup> Assoluzioni per il manicomio di Messina, «il Mediterraneo», 06 Feb. 1997.

<sup>22)</sup> Niente più sbarre. Il manicomio ora non c’è più. «il Mediterraneo», 14 Feb. 1997.

<sup>23)</sup> Il manicomio chiude. Anzi no - di Giusy Briguglia, «Il quartiere», Giornale delle borgate palermitane, anno 3, numero 16, Feb. - Mar. 1997.

<sup>24)</sup> L’ospedale psichiatrico deve assicurare il recupero del paziente. «Giornale di Sicilia», 23 Feb. 1997.

<sup>25)</sup> Napoli - Cose... da pazzi - a cura di Giuseppe Gnasso, “Avvenimenti”, 12 marzo 1997.

# CHI HA PAURA DELLA DISTRUZIONE? (1)

Dal metodo dipende una *nuova liberazione*.

**Questa non può essere prerogativa di un individuo o di un gruppo istituzionale senza suscitare, come primo immediato effetto, un processo di esclusione degli altri.**

**Ma, gli altri, dove sono?**

**Allora è necessaria una ripresa del dibattito, della sfida, dell'utopia, che vadano oltre l'istituzione.**

## *Liberazione ieri*

In altri tempi sarebbe stato più facile parlare di *liberazione* della follia, in relazione però all'unica pratica dominante, quella manicomiale intramuraria, e al proporsi di una nuova pratica, *alternativa*: la psichiatria territoriale che stimolava la fantasia e le speranze dei più combattivi ma anche dei più ingenui. Quindi in relazione al predominare di pratiche esclusivamente repressive e segregative e alla consapevolezza, ormai diffusa, che i tentativi di comprensione e cura potevano avere solo scarsi successi in una dimensione prevalentemente reclusiva.

## *Liberazione oggi*

Oggi, parlare di *liberazione* in quei termini appare quantomeno retorico. Specie dopo la *nuova* disillusione della Psichiatria: i suoi uomini, col pretesto di essere uomini di scienza e non politici, hanno accettato il passaggio in un Manicomio nuovo a fianco di quello vecchio. Specie dopo la disillusione, ancora non totale, dello Stato: si è voluto credere nello Stato, sicuri che avrebbe approntato le strutture della liberazione, le co-

siddette *strutture intermedie*, dove i liberati avrebbero dovuto trovare, secondo l'idea della contestazione antiistituzionale del periodo, spazi di cura e una comunità di accoglienza.

## *Dalla torre d'avorio al nuovo manicomio*

Tutto ciò non è avvenuto, ma nemmeno la fiducia in noi stessi è aumentata. Dove è avvenuto si tratta quasi sempre di esperienze che se dimostrano possibile una comprensione nuova della follia sono però state condotte in una logica di chi coltiva il proprio orticello all'interno di una torre d'avorio dalla quale può solo autoacclamarsi... con un occhio particolare al politico ben disposto a mollare, in qualche modo, qualche soldo a mo' di leccornia politica. Specie dopo aver capito come la *nuova concezione* di territorio possa meglio funzionare come un più immenso contenitore e somministratore di sofferenza, di repressione, di esclusione: un più immenso e più subdolo Manicomio.

## *La follia negata*

La consapevolezza della *nuova* possibilità di cura, a cui doveva portare *un nuovo modo di intendere e pensare la follia*, per persone che sicuramente soffrono (su questo sono tutti d'accordo) di un eccessivo carico di angoscia e dolore, in verità si è ritenuta e diffusa solo in modo fittizio; solo come notizia e non come piena coscienza del *come* di una nuova cura, per una partecipazione diretta alla cura stessa. Solo come contenuto di una sconfinata letteratura che non trova ossigeno nella pratica della realtà che vede negata la nuova conoscenza. La gente ha saputo che è possibile una nuova cura, di cui è incaricata sempre l'istituzione psichiatrica, attraverso conoscenze in suo possesso; ha dato una nuova delega ed ha, subito dopo, dimenticato.

### ***Per una pratica della liberazione***

La nuova, ma per molti aspetti vecchi, consapevolezza della capacità di metamorfosi del potere istituzionale, se non verso la *liberazione* della follia, può però permetterci di protenderci oggi verso una pratica e una continua *tensione alla liberazione* come condizione data non una volta per tutti ma da conquistare, riconquistare ma anche da difendere dagli attacchi continui da parte di ogni forma di potere. Ciò può consentire, per non buttare l'acqua sporca con tutto il bambino, che la coscienza del vecchio come del nuovo Manicomio diventi un'arma in un metodo di lotta per una nuova difesa della nostra salute. Un metodo di lotta che sia pratica della nostra liberazione in contemporanea a quella della follia.

### ***Impossibile una liberazione separata***

Si è dimostrata illusoria quella pratica che ha voluto immaginare la liberazione della follia in una pratica di liberazione separata, dove da un lato si pretendeva di liberare la follia mentre ci si rinchiudeva in una mortale *pratica di delega*, quale metodo impossibile per ogni forma di liberazione.

Continua anche oggi ad essere illusoria ogni pratica che immagini liberazioni separate. La liberazione della follia può uscire dalla retorica e diventare concretezza solo se meno retorica e più reale diventa la nostra liberazione. Nessuno può immaginarsi liberato fin quanto un solo individuo in questa società rimane rinchiuso perché accusato di follia o di reato. Nessuno si creda emancipato fin quando è parte di una società che si fonda su vecchi o nuovi manicomi a simbolo della difesa della salute mentale, su vecchi o nuovi carceri a simbolo della difesa della "giustizia".

### ***Paura della dimissione***

Paradossalmente, mentre noi parliamo di libertà, per molti di quelli che sono stati definiti "*residuo manicomiali*" l'abbandono del Manicomio rappresenta un grave pericolo e una grave paura. Ridotti ormai ai minimi termini, a *residuo* di persone, disabituati alla parola, all'essere, alla vita, una proposta di dimissione, anche se edulcorata di *liberazione*, appare più un rischio, un pericolo, un ulteriore tentativo di abbandono che un reale vantaggio. Per non parlare poi della paura che appena un accenno di dimissione scatena nelle famiglie e nei parenti residui.

In ogni proposta di liberazione c'è una riproposizione della vita, dell'essere da cui sono ormai lontani, aggravati dal danno della cronicizzazione e da lunghi anni di bombardamento psicofarmacologico.

### ***Contro il metodo della delega***

Allora, prima di tutto, *liberazione* deve essere rivolta al *noi* prima che al *loro*, e *liberazione* non più solo dal Manicomio ma da ogni forma di manicomializzazione come una delle caratteristiche dell'esclusione degli individui, non in una società qualsiasi, ma nell'attuale società organizzata in Stato.

Ma di che cosa e come dobbiamo liberarci in relazione alla follia? Prima di tutto della pratica della delega, attraverso una gestione in prima persona della *questione* e del *problema* della nostra salute, a partire dalla difesa della salute mentale.

Man mano che la delega è passata totalmente nelle mani dello Stato attraverso le sue istituzioni psichiatriche si è creato il vuoto in noi e attorno a noi. Si è creato il deserto. Abbiamo abbandonato la nostra potenzialità e capacità di utopia, si sensibilità, di empatia. Ridotti al Serenase e al Moditen loro; ridotti alla delega e alla pagnotta, noi. Si è passati dalla lotta all'istituzione alla conclusione che è una fortuna quando il matto incontra l'istituzione. Conclusione che ha portato esclusivamente ad un

nuovo Manicomio e una nuova esclusione. Che ha portato, in riferimento al “residuo manicomiale”, a sostenere: *per fortuna che c'è il Manicomio!*

### ***Chi ha paura della distruzione?***

Parliamo allora appena appena di dimissione dall'ospedale psichiatrico e non “*senza apparire distruttivi*”, ma volendo realmente essere distruttivi. Come se qualsiasi tipo di costruzione, per il semplice motivo di essere tale, potesse fare a meno di essere distruttiva. Come se ci fosse altro dall'unica costruzione conosciuta ed evidente che vediamo nel vecchio Manicomio che travasa dolcemente, quasi impercettibilmente, nel nuovo più subdolo Manicomio polverizzato sul territorio. E se la costruzione è l'esclusione nelle sue molteplici forme chi ha paura della distruzione? e perché?

### ***Dimissione senza comunità***

È una dimissione difficile. Per più di un ordine di motivi. Non ultimo l'assenza di una comunità reale che abbia memoria dei reclusi e del loro significato sociale. Tra la comunità possibile sono “i privati” pronti a mettere le mani su ciò che, misero per quanto sia, appare un possibile malloppo. I privati, allo Stato, costano meno del Manicomio.

Dimissione per dove? Non si sa ancora. Loro ormai da tempo sono pronti per dimettersi definitivamente dalla vita, per alcuni versi. Noi, ancora ciechi, pure ci siamo dimessi da noi stessi e... anche noi, ci avviamo alla fine, per altri versi. Per dove, non si sa. Di sicuro né noi né loro abbiamo una comunità pronta ad accoglierci, che può rappresentare il nostro ecoambiente, la nostra nicchia di vita. Nonostante tutte le spinte all'isolamento degli individui, sentiamo che la comunità è sempre più indispensabile alla vita. Ecco che ogni tensione alla liberazione non può essere prerogativa di una sola persona, fosse anche investita di un immenso potere. Non può che passare attraverso un

processo che stimoli le nostre sensibilità sopite verso la follia, la reclusione di qualsiasi tipo, la sofferenza. Che rompa l'immunità nostra nei confronti del dolore, della sofferenza, dell'esclusione. Non può che passare per la conquista dell'utopia, che vuole possibile la comunità; della parola, attraverso la coltivazione del desiderio di confrontarsi, di capire, di parlare, di discutere, approfondire, ricercare, incontrarsi, direttamente e in prima persona.

### ***Risorse e metodo***

***Il rifiuto di ogni processo che porta alla delega, la scelta della comunità*** diventano così risorse, ma anche metodo di lotta, contro ogni forma di Manicomio e di esclusione. Anche la dimissione del “residuo manicomiale” comporta aspetti tecnici come pure una presa di coscienza su ciò che sta succedendo e di come; un'attenzione ai metodi per evitare deleghe, nuove esclusioni, speculazioni, nuove repressioni. Tutto ciò richiede il coinvolgimento quanto più ampio possibile non solo di operatori ma anche di individui sensibili a tali tematiche.

### ***La logica dell'Economia è sempre contro l'emancipazione***

La dimissione degli ancora reclusi in Manicomio va ancora oggi a toccare interessi non solo di potere ma anche di altri individui annientati, al pari della follia, da lunghi anni di internamento a sua guardia. Il carceriere e il carcerato sono frequentatori dello stesso hotel e, anche se da punti di vista differenti, entrambi nella mani dello stesso proprietario.

Per la consapevolezza di quanto sto succintamente e parzialmente dicendo ne segue che la dimissione, se nella tensione di liberazione mutua e sincronica, nostra-loro, io-tu, di cui sto proponendo, non può avvenire in una logica di lavoro ma solo in una logica di lotta che dal lavoro può solo essere ostacolata. Non è pratica che può passare

attraverso il dovere sancito dal lavoro e dalla produttività; tant'è vero che i matti sono ancora reclusi in Manicomio proprio per una logica del lavoro, della produttività, dell'Economia.

Per il coinvolgimento non solo di tutti gli operatori del settore della salute mentale ma anche di tutti coloro che hanno un qualche interesse alla propria salute minacciata. A chi ha interesse al processo di dimissione e a distruggere ogni realtà di sofferenza e morte. Per l'apertura di un dibattito sul progetto che oltre ad ampliare la coscienza e la solidarietà sull'argomento eviti ogni possibile nuova esclusione e lotti alla ricerca di riferimenti validi in un metodo che se vuole essere contro la delega non può che essere autogestionario.

Allora. Chi ha paura della distruzione?

1) Tratto da: Gaetano Bonanno, «*Le dimissioni del "residuo manicomiale" dal manicomio "P. Pisani" di Palermo*», numero unico, Palermo, febbraio 1997.