

Governare la diversità Dalla medicalizzazione della follia alla strategia dell'ordine

di **Federica Rauso**

ABSTRACT: The new approach of medical knowledge to madness, based on the possibility of observing, investigating and curing the psychological disorder and affirmed by the new theories on the origin of deviance, has caused the progressive strengthening of internment as a response to the “question of madness” the 19th century. However, the real dynamics of psychiatric institutions revealed how these, although they were initially identified as places of care, soon proved instrumental to the control of the diversity practiced by what Foucault defines “disciplinary society”.

KEYWORDS: Social control – Deviance – Disciplinary society – Asylum – Total institutions

1. *L'arte di dirigere gli alienati.*

Termini come *ordine, disciplina, organizzazione, controllo* entrano definitivamente a far parte del lessico medico nel XIX secolo quando, conseguentemente all'affermarsi di una nuova concezione del disturbo psichico, il manicomio viene individuato quale luogo ideale di cura e custodia del folle¹.

Già sul finire del Settecento, in realtà, la necessità di sottrarre il malato di mente alle cure domestiche per affidarlo alle sapienti mani del medico è avvertita da quanti, sulla scia di un nuovo approccio della medicina al trattamento della follia, si fanno promotori della nascita di strutture dedicate in maniera esclusiva all'accoglienza, all'analisi e alla cura dei malati di mente. Si tratta del prodotto di quell'*esigenza di razionalizzazione* che pervade il secolo dei Lumi e che, investendo ogni ambito

¹ Per un inquadramento generale della tematica rinvio alle ormai classiche ricerche francesi sul tema: M. Foucault, *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961; Id. (dir.), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère...: un cas de parricide au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, Paris 1973; ID, *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*, Gallimard, Paris 1999; R. Castel, *L'ordre psychiatrique*, Éditions de Minuit, Paris 1977; J. Léonard, *La médecine, entre les pouvoirs et les savoirs: histoires intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Aubier, Paris 1981; G. Swain - M. Gauchet, *Dialogue avec l'insensé: à la recherche d'une autre histoire de la folie*, Gallimard, Paris 1994; F. Chavaud, *Les experts du crime. La médecine légale en France au XIXe siècle*, Aubier, Paris 2000; M. Renneville, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, Paris 2003; L. Guignard, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIXe siècle*, Presses Universitaires de France, Paris 2010.

La gran parte di questi studi pongono nella giusta evidenza le intuizioni del medico Jean-Étienne Dominique Esquirol (allievo del celebre alienista Philippe Pinel). Esquirol fu, infatti, tra i primi ad analizzare la “questione follia” anche sotto il profilo “istituzionale”, sottolineando l'efficacia terapeutica del manicomio, inequivocabilmente definito “strumento di guarigione” (cfr. J.-É. D. Esquirol, *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal*, vol. II, Baillièrre, Paris 1838, p. 398 e ss).

del sapere, apre a nuove forme di sperimentazione anche in campo medico.

Innovativi approcci terapeutici costituiscono la naturale conseguenza di una nuova idea di medicina che, privilegiando l'osservazione empirica del corpo rispetto alla speculazione teorica, cerca di dare una spiegazione razionale alla malattia, ormai spogliata di ogni dimensione metafisica. Con tale rinnovato spirito si guarda anche alla follia che, concepita come un fenomeno naturale tra gli altri, diventa oggetto di analisi dell'indagine razionale della medicina clinica. Un'indagine che, passando attraverso l'acuta osservazione delle caratteristiche somatiche dell'individuo (segni visibili, insieme diagnostici e prognostici, della malattia mentale), è affidata esclusivamente alle capacità investigative del medico alienista, l'unico in grado di oggettivare finalmente le ragioni del disturbo.

Il nuovo metodo scientifico di studio e di trattamento della follia, pur mostrando affinità con l'antica idea ippocratica di un'interazione reciproca tra *soma* e *psiche*², di un parallelismo tra aspetto corporeo e caratteri spirituali (già presente nella filosofia e nella medicina del mondo classico³ e ripresa – a distanza di secoli – dalla fisiognomica⁴), ricerca nuove (e più scientifiche) spiegazioni della malattia, in

² È noto che fu Ippocrate di Kos il primo ad avvertire la necessità di superare il dogmatismo della *medicina filosofica* e di elevare l'arte medica al rango di scienza autonoma. Postulando l'esistenza di un nesso tra fattezze del corpo e disposizioni mentali, egli sostenne la possibilità di indagare fisicamente la natura attraverso un procedimento logico di anamnesi, diagnosi e prognosi della malattia. Il suo pensiero è condensato nel *Corpus Hippocraticum*, una vasta raccolta di scritti che testimonia l'innovativo metodo di osservazione razionale della natura umana adottato dal medico greco. Non è forse un caso che la più risalente e nota traduzione dell'opera del medico greco avvenne in Francia nel XIX secolo: È. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, 10 voll., Baillièrre, Paris 1839-1861 (per l'edizione critica italiana del *Corpus Hippocraticum*: Ippocrate, *Opere*, a cura di M. Vegetti Utet, Torino 1965).

³ Si pensi al concetto – tipico della filosofia greca del V secolo a.C. – di *καλοκαγαθία*: la perfetta corrispondenza tra sfera etica ed estetica, ovvero la sintesi, l'unità inscindibile di bellezza e valore morale. Per approfondimenti sul punto rimando, oltre che al 'classico' W. Jaeger, *Paideia. La formazione dell'uomo greco* (trad. it., Bompiani, Milano 2003), ai recenti studi di P. Barrotta, *Scienza e valori: Il bello, il buono, il vero*, Armando Editore, Roma 2015 e di A. Cesaro, *Soma, psiche, aristèia. Per uno statuto antropologico dell'uomo omerico*, in F. Ricci (a cura di), *Corpo, politica e territorio. Luoghi e non luoghi della corporeità*, Edizioni Nuova Cultura, Roma 2010.

⁴ Con il termine "fisiognomica" si indica una disciplina che ebbe la vocazione di penetrare l'intimità della natura umana a partire dai segni visibili della sua esteriorità e, in particolare, dalle fattezze del volto umano. Le sue radici sono rinvenibili già nel pensiero aristotelico (cfr. Aristotele, *Fisiognomica*, a cura di M. F. Ferrini, Bompiani, Milano 2007), ma la dottrina raggiunge uno statuto scientifico solo con l'opera di Giovan Battista della Porta, il *De humana physiognomonia* (cfr. G. B. Della Porta, *Della fisionomia dell'huomo*, a cura di M. Cicognani, Guanda, Parma 1988), per poi slargare i suoi orizzonti in una dimensione filosofica e sociale grazie al fisionomo svizzero Johan Kaspar Lavater (cfr. J. K. Lavater, *L'art de connaître les hommes par la physionomie*, I, Depélafol Libraire, Paris 1820). Per una ricostruzione delle origini e dell'evoluzione della dottrina, inoltre, si segnala L. Rodler, *Il corpo specchio dell'anima. Teoria e storia della fisiognomica*, Bruno Mondadori, Milano 2000; A. Cesaro, *Theatrum et imago mundi: figure e figure del Barocco*, in *Metabasis.it. Filosofia e comunicazione*, n. 23/2017, pp. 172-187; E. Ferraro, *Ventura e sventura dei nani nelle corti del Seicento*, in *Metabasis.it. Filosofia e comunicazione*, n. 23/2017, pp. 201-212.

particolare di quella mentale, dando vita alle diverse teorie sull'eziologia della follia. Un dibattito, quest'ultimo, destinato ad alimentare feroci polemiche nel corso dei successivi due secoli.

Tali teorie, sebbene assai diverse (e spesso in contrasto tra loro) circa le cause scatenanti la malattia (dall'idea di uno squilibrio tra ragione e passioni condizionato dall'ambiente sociale e familiare a quella di un'origine organica della follia), proporranno – tuttavia – una soluzione comune per il contrasto della patologia: la “presa in carico” dell'ammalato attraverso la pratica dell'*internamento* in luoghi specificamente dedicati alla cura dell'infermità mentale.

Ad argomentare l'efficacia di un tale approccio terapeutico è, tra gli altri, il medico francese Philippe Pinel, celebre per la sua teoria di un nesso causale tra squilibri anatomici e affezioni morbose, che determina la prima classificazione nosografica della follia⁵.

Facendosi sostenitore del principio di *riconoscibilità* del disturbo psichico, Pinel promuove innanzitutto un'opera di identificazione e di etichettamento dell'individuo in una nuova e per la prima volta autonoma categoria: quella del *pazzo*. Sino ad allora, i *folli*, i *matti* venivano indistintamente accomunati ad altri soggetti indesiderati per la società, come vagabondi, poveri banditi e criminali, che, se privi di assistenza e di mezzi di sostentamento, considerati dei veri e propri “scarti della società”, erano confinati in luoghi che, pur assumendo a volte il nome di *ospedale*, *hospitale* o *spedale*, non differivano da semplici strutture di segregazione⁶.

Una volta riconosciuto nella nuova veste di malato, il matto – diversamente dal *furiosus* della tradizione romanistica⁷ – diventa anche soggetto di cura, “trattabile” con idonee terapie. Ed è proprio l'adozione dell'ulteriore paradigma della *curabilità* della malattia mentale a spingere il medico francese alla celebre “liberazione dei folli dalle catene”⁸, gesto che darà impulso alla creazione di strutture asilari

⁵ Il medico francese distinse le malattie mentali in quattro diversi stadi afflittivi: melanconia, mania, demenza e idiotismo; cfr., sul punto, F. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, trad. it., Tipografia Orcesi, Lodi 1830.

⁶ È l'esperienza maturata alla direzione degli ospedali della Bicêtre e della Salpêtrière che spinge Pinel a promuovere la creazione di strutture idonee ad accogliere i malati di mente nelle quali praticare un innovativo trattamento della follia basato sull'abolizione dei più rigidi mezzi di coercizione in uso all'interno dei reclusori.

⁷ Nella Roma antica la storia della follia si interseca originariamente con la religione: l'alienazione mentale è connessa alla sfera del divino e della possessione (cfr. S. Randazzo, *Furor e lucidi intervalli. Riflessioni sul regime giuridico della demenza*, in «Iura», 62, 2014, p. 184) e, pertanto, “curata” mediante la medicina magico-religiosa (F. Stok, *Follia e malattie mentali nella medicina dell'età romana*, cit., in «ANRW» II, 37.3, Berlin-New York 1996, p. 2303). I giuristi romani, senza definire la follia e senza distinguere le cause dal punto di vista eziologico, si occupano del problema dell'infermità mentale esclusivamente dal punto di vista dell'amministrazione patrimoniale sottoponendo il “furiosus”, come la donna, l'impubere e il prodigo, al potere di un curatore o tutore. Secondo la legge delle XII Tavole (451-450 a.C.), infatti, competono al parente più prossimo maschio e ai gentili l'amministrazione della proprietà del folle e la vigilanza sulla sua persona: “si furiosus escit, agnatum gentiliu-mque in eo pecuniaque eius potestas esto” (XII Tab., V, 7 a). Per un approfondimento sul tema, si segnala O. Diliberto, *Studi sulle origini della 'cura furiosi'*, Napoli 1984.

⁸ La “liberazione dei folli dalle catene” operata presso l'ospedale della Bicêtre è esaltata in

esclusivamente dedicate all'accoglienza, alla cura e all'auspicabile riabilitazione del folle, nelle quali adottare non più mezzi di contenimento fisico (o altre forme di isolamento e repressione), bensì idonei metodi terapeutici.

I metodi di cura suggeriti e sperimentati da Pinel, certamente più umani, con una maggiore attenzione alla psicologia dell'ammalato (considerato "persona" in grado di creare un'interazione con il medico), suscitano subito un forte entusiasmo nel panorama medico del tempo. Da diversi centri scientifici, università e salotti culturali d'Europa e d'Oltreoceano si levano voci a favore dell'abolizione dei mezzi di coercizione fisica e dell'introduzione del *traitement moral*, da praticare rigorosamente in strutture all'uopo organizzate e guidate da un medico alienista⁹.

Parallelamente al nuovo statuto antropologico del folle (considerato ormai "malato"), si delinea, così, il confine epistemico di una nuova branca del sapere medico: l'alienistica. Conseguentemente, la cura del malato non potrebbe essere affidata ad altri che al *medico alienista*¹⁰, sotto la cui esclusiva direzione può effettivamente giungersi al pieno recupero delle capacità intellettive ed emotive del paziente (da considerare sempre – e fino a prova contraria – *momentaneamente pazzo*). La guarigione, però, presuppone anche l'inclusione dell'ammalato in un ambiente in cui poter osservare, confrontare, riunire i casi analoghi e distinguere le diverse specie di alienazione, per individuare il *regime* fisico e morale a ciascuna più adatto. È così, che dalla medicalizzazione della follia discende l'esigenza di creare un *ordine rituale* e una *prassi medica* che consentano di reprimere i *traviamenti* dell'animo umano, con fermezza e umanità insieme. Tali condizioni "non possono trovarsi riunite, che negli stabilimenti appositamente fissati per detta malattia"¹¹ in cui in cui vigano le regole del silenzio, della quiete, della disciplina e del rigore.

uno scritto firmato da Philippe Pinel, ma redatto in realtà dal figlio Scipion: *Sur l'abolition des chaînes des aliénés*, in *Archives générales de médecine*, I, 2, 1823, pp. 15-17; nonché in S. Pinel, *Bicêtre en 1792. De l'abolition des chaînes*, in *Bulletin de Académie de Médecine*, I, 5, 1836, pp. 31-40.

⁹ Sulla necessità di istituire le "maisons de traitement" per riabilitare il malato di mente, cfr. F. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, cit., p. 26. In Italia, l'efficacia dell'*internamento* nella cura del folle sarà sostenuta anche dal celebre alienista Biagio Gioacchino Miraglia, direttore del Real Morotrofo di Aversa, un ospedale psichiatrico che, per decenni, costituì un'eccellenza europea nella cura – anche con pratiche innovative (come la musicoterapia e la ergoterapia) – delle malattie della mente (cfr. B.G. Miraglia, *La legge e la follia ragionante ossia considerazioni medico-legali su lo stato di mente della signora Teresa Santoro querelante di sequestro della propria persona in un manicomio*, Stamperia del Fibreno, Napoli 1871, pp. 82-83). Per approfondimenti in merito agli sviluppi dell'istituzione manicomiale nella nostra penisola, cfr. A. De Bernardi, *Follia psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982; F. M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e Pensiero, Milano 1989.

¹⁰ Non ci meraviglia che molti alienisti e, in particolare, i frenologi furono convinti sostenitori della necessità di affidare la direzione degli istituti manicomiali esclusivamente a medici specialisti. Sul tema, si rinvia, tra gli altri, a M. Farlet, *Visite à l'établissement d'aliénés d'Illeau (près Achern, Grand-Duché de Bade): et considérations générales sur les asiles d'aliénés*, Imprimerie de Bourgogne et Martinet, Paris 1845, p. 47.

¹¹ F. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, cit., p. 26.

Sulla base di queste premesse nasce l'esaltazione del manicomio come l'istituzione più efficace per il contrasto del disturbo psichico. Una convinzione, questa, destinata ulteriormente a rafforzarsi con la nascita e la diffusione delle teorie sull'origine organica della devianza e, in particolare, della frenologia che fa del cervello – ritenuto la sede naturale delle umane inclinazioni – e dell'orografia cranica i suoi principali oggetti di studio¹².

A partire dalle intuizioni di Franz Joseph Gall sulla corrispondenza tra facoltà intellettive e morali e aree cerebrali (organi) e sull'influenza dello sviluppo di queste sulla conformazione del cranio¹³, la dottrina frenologica si presenta al panorama scientifico ottocentesco come *scienza* in grado di interpretare le tracce corporee e visibili dell'alienazione mentale¹⁴. L'osservazione della morfologia cranica diviene per il frenologo l'unico mezzo idoneo all'individuazione della predominanza o della deficitaria presenza di certe "tendenze" individuali. Da qui, l'esigenza di isolare il soggetto attraverso l'internamento manicomiale per osservarne, studiarne, distinguere e, soprattutto, correggerne le *storture*.

Il manicomio è individuato, così, quale unico luogo adatto per praticare quell'*arte di dirigere gli alienati*¹⁵ nel percorso di guarigione (addirittura paragonata a quella di allevare e formare i giovani). Un'*arte* che viene opportunamente enfatizzata da una scienza medica ansiosa di esaltare le sue virtù terapeutiche e la sua attitudine correttiva, tanto del *physique* quanto del *moral* dell'alienato e che non esclude (ma, anzi, implicitamente evoca) l'iperbolica vocazione a proporre quella che è stata definita "una profilassi morale della società"¹⁶.

¹² Per una rapida ricostruzione della storia della frenologia nel XIX secolo mi limito a segnalare: G. Lanteri-Laura, *Histoire de la phrénologie. L'homme et son cerveau selon F. J. Gall*, Presses Universitaires de France, Paris 1970; M. Renneville, *Le langage des crânes. Une histoire de la phrénologie*, Institution d'édition Sanofi-Synthelabo, Paris 2000; R. Cooter, *The Cultural Meaning of Popular Science: Phrenology and the Organization of Consent in Nineteenth-century Britain*, Cambridge University Press, Cambridge-London 1984; M. Renneville, *Le langage des crânes. Une histoire de la phrénologie*, Institut d'édition Sanofi-Synthelabo, Paris 2000; V.P. Babin, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982; U. D'Orazio, *Gall e la prima diffusione della frenologia in Italia*, in «*Sanità scienza e storia*», 2, 1991; S. Baral, *Crani su misura. La frenologia in Piemonte*, in «*Studi Piemontesi*», XLIII, 2014, pp. 419-426.

¹³ Cfr. F. J. Gall, *Sur les fonctions du cerveau, et sur celles de chacune de ses parties etc.*, Baillièrè, Paris 1825, p. 53: "Que tous les phénomènes de la nature animée sont basés sur l'organisme en général, et que tous les phénomènes moraux et intellectuels sont basés sur le cerveau".

¹⁴ Per meglio comprendere i precetti della dottrina frenologica si segnalano le opere di alcuni degli studiosi che hanno contribuito alla sua diffusione in Europa: J. Vimont, *Traité de phrénologie humaine et comparée*, Baillièrè, Paris 1833-35; G. Combe, *Essays on phrenology: or, An inquiry into the principles and utility of the system of Drs. Gall and Spurzheim, and into the objections made against it*, Bell & Bradfute, Edinburgh 1819; L. Ferrarese, *Memorie risguardanti la dottrina frenologica ed altre scienze che con essa hanno stretto rapporto*, Francesco del Vecchio, Napoli 1838; B. G. Miraglia, *Trattato di frenologia applicata alla medicina, alla giurisprudenza criminale, alla educazione, alla morale, alla filosofia, alle belle arti, ec., con atlante di figure*, Stabilimento Tipografico dell'Ancora, Napoli 1854.

¹⁵ Cfr. F. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, cit., p. 33.

¹⁶ La dottrina frenologica, in particolare, forte della misurazione e della comparazione di

La vocazione pedagogica e politica dell'alienistica determinerà un'inevitabile ripensamento (e conseguente riorganizzazione) degli spazi asilari, spesso in antitesi con le originarie intenzioni filantropiche del progetto pinelliano: l'allontanamento del folle dal contesto sociale e familiare, inizialmente preordinato all'eliminazione di quelle condizioni che avevano originato il disturbo (nel tentativo di alleviare le sofferenze dell'ammalato), si presta progressivamente a soddisfare l'esigenza (più politica che medica) di confinare l'a-normale entro le mura dell'ospizio affinché i suoi disturbi comportamentali non rappresentino una minaccia o un pericolo per la comunità.

I folli han dritto alla propria sicurezza e ad esser curati. Ciò non si ottiene che nei manicomi, i quali perciò sono più di tutto fatti non solo per quelli che sragionano e sembrano tranquilli, ma più per coloro nei quali le follie si manifestano nella stranezza degli atti, cioè per le follie ragionanti, perché pure la società da questi vuole essere garentita¹⁷.

Una volta attribuita al folle la duplice natura di *deviato* e *deviante*, la salvaguardia dell'ordine pubblico entra prepotentemente a far parte dei compiti affidati al medico alienista.

Internare l'alienato e restituire alla società un individuo migliorato non è più solo l'auspicato esito di un percorso terapeutico, ma è il *mandato sociale* di un sapere medico che si fa carico di depurare la comunità da soggetti indesiderati, i quali "sarebbe gran fortuna se fossero ricoverati in un asilo ove troverebbero raccolti i mezzi per divenire migliori, e la società resterebbe al sicuro delle loro tendenze"¹⁸.

Da questa prospettiva, anche l'introduzione negli asili manicomiali di attività ritenute riabilitative (e inizialmente pensate per sostituire repressione e segregazione con disciplina e occupazione) finisce ben presto per rivelare una volontà di controllo totale della vita dell'internato che si rafforzerà a tal punto da indurre a considerare – con lo sguardo *epigonale*¹⁹ che oggi ci è consentito assumere – la strut-

centinaia di crani di individui normali e di soggetti con sviluppo psichico anomalo (per esempio grandi geni e feroci criminali) fisserà i parametri metrici in base ai quali classificare gli "individui degenerati", presentandosi quale fondamento scientifico di ogni sorta di relazione sociale; per approfondimenti rinvio a A. Cesaro, *Caput mortuum. Anatomia della mente e disciplinamento sociale*, Artetetra Edizioni, Capua 2018.

¹⁷ B. G. Miraglia, *La legge e la follia ragionante*, cit., p. 83.

¹⁸ Cfr. G. Virgilio, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e sulle sue analogie colle malattie mentali*, Fr.lli Bocca, Roma 1883, p. 502. Gaspare Virgilio, direttore del manicomio civile di Aversa, sottolinea l'esigenza di istituire anche in Italia appositi istituti per la cura e la custodia di criminali e alienati, stante l'asserita comune pericolosità sociale di entrambi.

¹⁹ L'aggettivo vuole sottolineare un approccio ermeneutico che richiama il metodo dell'*arco storico* e dell'*osservatorio epigonale* di Giulio M. Chiodi (cfr. *Tacito dissenso*, Giappichelli, Torino 1990, pp. 11-18 e pp. 209-241; Id., *Intorno a due paradigmi correlati della storicità: il ciclo epocale trifasico e l'arco storico*, in *Heliopolis. Culture, civiltà, politica*, n. 1/2016, pp. 25-57). I limiti dell'arco storico da noi considerati corrispondono alla fase germinale (nel XIX secolo) dell'istituzione manicomiale e il suo superamento nella seconda metà del XX secolo; il metodo proposto da G. M. Chiodi suggerisce – com'è noto – un criterio ragionato di

tura manicomiale come metafora della società disciplinare²⁰.

E tuttavia, sebbene la critica dell'ideologia asilare si sia concentrata sui meccanismi manicomiali del XX secolo, non può negarsi come, pur animata da iniziali positive intenzioni di umanizzazione del trattamento degli alienati, già la pratica clinica ottocentesca, aprendo a una stagione di numerosi e indiscriminati internamenti, abbia contribuito a quel triste ritorno a forme di repressione di tutti quei comportamenti considerati *ideologicamente devianti*.

2. Il superamento delle ideologie securitarie

Il processo di istituzionalizzazione della follia avviato nel XIX secolo e l'adozione di logiche di assoggettamento e gestione dell'ordine all'interno delle strutture asilari hanno condotto alla progressiva trasformazione del medico in un "pubblico funzionario delegato dal potere politico al controllo della follia come *devianza sociale*"²¹. Un aspetto, questo, fortemente discusso soprattutto negli anni Sessanta del secolo scorso, un periodo interessato da forti cambiamenti culturali, economici e istituzionali durante il quale la critica verso la società e le sue strutture prende di mira, tra le altre, anche l'istituzione manicomiale.

A dare impulso all'animato dibattito sulla necessità di eliminare le contraddizioni di istituti sempre più simili a luoghi di esclusione del *diverso* che di cura del malato di mente sono le riflessioni di Franco Basaglia, primo psichiatra a mettere seriamente in discussione la *forma mentis* (e l'ideologia di potere) sottesa all'organizzazione dei manicomi italiani²².

Dopo l'esperienza maturata alla direzione dell'ospedale psichiatrico di Go-

analisi di un fenomeno che si intende discutere: nel nostro caso l'istituzione asilare considerata nella sua fase degenerativa. Un tale approccio ermeneutico mi è assai congeniale poiché propone di assumere, come punto di partenza, proprio il momento di declino di un concetto, per poi individuarne l'esatta identità attraverso la riscoperta del suo contesto germinale. Detto altrimenti, non si propone un *excursus* diacronico sull'oggetto di studio, quanto, piuttosto, la considerazione sincronica della sua parabola vitale.

²⁰ Secondo Michel Foucault, l'evoluzione del sapere psichiatrico si lega all'esigenza sociale di eliminare come errore (devianza) tutti quei comportamenti potenzialmente pericolosi per l'ordine pubblico. Per un approfondimento della critica del filosofo francese alle istituzioni psichiatriche, si veda M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1998.

²¹ È quanto afferma F. Minuz (*Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1869-1875)*, in AA.VV., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, cit., p. 75) in relazione all'emanazione della legge sugli alienati e i manicomi in Italia nel 1904.

²² L'impatto con la realtà manicomiale consente a Basaglia di far luce sulle contraddizioni interne alle strutture psichiatriche e di pensare nuovi metodi terapeutici da praticare all'interno degli istituti manicomiali. Egli propone una riforma della struttura rigida e gerarchica dell'ospedale psichiatrico che renda paritario il rapporto paziente-medico attraverso l'eliminazione della contenzione fisica, delle terapie più invasive e della rigida separazione tra i reparti. Il suo pensiero e l'esperienza dell'ospedale psichiatrico di Gorizia sono descritti in F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968. Per approfondimenti: F. Ongaro (a cura di), *L'utopia della realtà (raccolta di saggi scritti tra il 1963 e il 1979)*, Einaudi, Torino 2005 (il testo raccoglie un'ordinata bibliografia, distinta per tematiche ed esposta cronologicamente).

ria, Basaglia denuncia l'esistenza, in quelle che egli chiama *istituzioni della violenza*, di un sodalizio tra sapere medico e potere politico che fa del paziente un uomo "alla mercé dei delegati (i medici) della società, che lo ha allontanato ed escluso"²³. Un legame che deriva da un rafforzamento della relazione della medicina con il parametro della *normalità* (piuttosto che con quello della *salute*) al quale segue l'assunzione da parte del sapere medico del compito non più di distinguere tra sano e morbo, ma di tutelare il normale dal patologico²⁴.

La scienza medica, infatti, sebbene ufficialmente orientata alla cura di un organismo malato, attraverso la pratica clinica in campo psichiatrico dimostra di dar priorità all'adeguamento del paziente alle norme sociali²⁵.

A tali conclusioni si giunge attraverso uno sguardo attento ai meccanismi quotidiani praticati nelle "pubbliche case di correzione"²⁶: dal regime cui erano sottoposti gli internati all'asimmetria dei rapporti con il personale medico, dal sistema di premi e punizioni alla struttura architettonica del manicomio. Un insieme di meccanismi, procedure, ritualità che, insieme all'organizzazione funzionale degli spazi, era strumentale a un efficace sistema di sorveglianza che – dimentico dell'esigenza di recupero del folle alla comunità dei "normali" – condurrà, nella seconda metà del Novecento, all'abolizione dei manicomi²⁷.

In realtà, il fenomeno si lega a una più generale crisi di tutte quelle strutture – argutamente definite da Erving Goffman "istituzioni totali o totalitarie" – che "si presentano al pubblico come organizzazioni razionali, designate consapevolmente al raggiungimento di fini ufficiali (riabilitazione), ma, il più delle volte, sembrano funzionare come un semplice luogo di ammasso per internati"²⁸: carceri, campi di concentramento, istituzioni psichiatriche, istituzioni militari, seminari e case religiose.

Prendendo le mosse da un'analisi delle caratteristiche comuni a questi spazi di segregazione, il sociologo canadese approda a una minuziosa descrizione di tutte quelle dinamiche interne del microcosmo dell'istituzione manicomiale in grado di testimoniare come, nonostante le riforme delle strutture di internamento, in queste si concretizzino pratiche di pura esclusione repressiva della società nei confronti di tutti quei soggetti incapaci di adattarsi alle norme sociali di condotta.

Il fallimento dell'attività riabilitante appare immediatamente evidente dalla descrizione goffmaniana della quotidianità dell'internato, spogliato di tutto ciò che

²³ F. Basaglia, *L'istituzione negata*, cit., pp. 122-123.

²⁴ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 48. Sui concetti di *normale* e di *patologico* e il modo in cui sono emerse le loro differenze nella fisiologia e nella biologia del XIX e XX, cfr. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.

²⁵ F. Minuz, *Gli psichiatri italiani e l'immagine della loro scienza (1869-1875)*, in AA.VV., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, cit., pp. 57-64.

²⁶ F. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*, cit., p. 32.

²⁷ La legge n. 180 del 1978, che impone la chiusura dei manicomi e regola il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi pubblici di igiene mentale, è conosciuta come "Legge Basaglia" perché ispirata dall'esperienza anti-istituzionale dello psichiatra veneto nell'ambito della cura dei malati di mente.

²⁸ E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino 2001, p. 102.

possiede e costretto a un modello ideale di comportamento che lo conduce alla perdita di autodeterminazione. Si tratta di un complesso processo di mortificazione del sé che comincia con la creazione di barriere col mondo esterno, preordinata all'allontanamento del *diverso* dal gruppo sociale e familiare di appartenenza, per poi articolarsi in una rigida organizzazione solo formalmente volta al recupero del degente, ma sostanzialmente finalizzata all'annullamento della sua individualità, in una prospettiva di controllo capillare della sua vita²⁹.

Tale prospettiva è evidente, oltre che dalla durezza del trattamento praticato e dalla rigida regolamentazione dei rapporti internato-staff (paragonabile a un rapporto tra *detentore del potere e suddito*), anche – e, in particolare – dalla percezione del tempo che si trascorre nell'asilo. Un “tempo morto”, ma che viene presentato al degente come un utile investimento sulla sua persona. Un'idea alimentata anche dall'organizzazione di attività non necessarie, definite “di rimozione”³⁰, che costituiscono una sorta di adattamento secondario alla vita da internato: quelle attività, individuali o collettive, come i gruppi teatrali, i cori o l'ergoterapia, inizialmente introdotte negli asili per alleviare le sofferenze dell'infelice ospite, ma, col tempo, rivelatesi un ulteriore strumento di inclusione in una macchina istituzionale che controlla tutto ciò che normalmente è lasciato alla libertà individuale.

Appare evidente che, una volta depurato delle retoriche scientifiche con le quali si giustifica la pretesa di correzione dell'internato, ciò che accade veramente nel manicomio, così come nelle altre istituzioni totali, si rivela parte di un più ampio disegno politico pensato per eliminare elementi improduttivi, asociali o antisociali. E la sostituzione del fine terapeutico con un'esigenza di pubblica utilità (meglio diremo di “ordine pubblico”) si evince dal ritorno al paradigma della *pericolosità sociale* nel giudizio sui soggetti da internare: al pari dei detenuti delle carceri, anche gli internati sono reclusi contro la loro volontà, allontanati dal resto della società e confinati in speciali istituti, soprattutto perché pericolosi o di pubblico scandalo.

Un parallelismo, quello tra manicomio e penitenziario, presente anche nell'analisi di Michel Foucault sulle società disciplinari e che torna utile per un'attenta ricostruzione dell'evoluzione di quell'ideologia securitaria che risulterà essere la base teorica dell'organizzazione di tutte le strutture di cui, nel tempo, il potere si è servito per osservare, rinchiodere e controllare gli individui al fine di restituirne alla comunità una versione, nuova, migliorata, *normale*³¹.

Già in *Sorvegliare e punire*³², Foucault aveva messo in luce le contraddizioni e il fallimento della funzione di *reinserimento* formalmente assunta dal sistema penitenziario. Nella *Nascita della clinica* aveva poi esteso le sue considerazioni agli istituti

²⁹ Goffman offre una dettagliata descrizione del reale mondo dell'internato e dei processi di mortificazione cui questo, sin dal momento dell'ammissione, è sottoposto all'interno dell'istituzione psichiatrica (*ivi*, pp. 43-71).

³⁰ *Ivi*, pp. 95-98.

³¹ Sul rapporto tra il potere e la diversità e sul ruolo dell'istituzione psichiatrica nel processo di “normalizzazione”, cfr. M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano 2017.

³² Il fallimento della riforma del sistema penitenziario è affrontato in M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 2014.

psichiatrici, descritti come strutture funzionali all'*eliminazione* di tutto ciò che nel nuovo orizzonte sociale è percepito come errore³³.

Nel tracciare una *storia degli esclusi*, la riflessione su una struttura architettonica inizialmente pensata per le carceri, ma poi divenuta comune a molti contesti asilari o di internamento del XIX secolo, consente al filosofo e sociologo francese di sottolineare la sempre più manifesta funzione di controllo assunta da tutti quei luoghi a vario titolo preposti alla segregazione degli *scarti della società*.

Diventa perciò centrale, nelle sue ricerche, la dimensione “panottica”, quella, cioè, del carcere ideale progettato da Jeremy Bentham sul finire del Settecento.

Com'è noto, il modello panottico prevede una struttura circolare al cui centro è presente una torretta di guardia dalla quale un unico sorvegliante è in grado di vedere simultaneamente (senza esser visto) ciò che accade in tutte le celle disposte a raggiera lungo il muro perimetrale (espediente che costringe ogni detenuto al completo isolamento). Il risultato è un sistema di massima sorveglianza progettato a partire dall'idea che la prospettiva di essere costantemente osservati possa indurre l'internato a rispettare integralmente la disciplina, favorendone il pentimento e il recupero dell'integrità morale³⁴.

Foucault interpreta il disegno benthamiano come la più ampia espressione del binomio sapere-potere: non un mero progetto architettonico, ma una forma di governo dell'alterità che si serve della trasformazione dell'individuo da soggetto di comunicazione a oggetto d'informazione per giungere al monitoraggio costante del suo agire. Quella stessa esigenza di osservazione quotidiana ritenuta tanto necessario nel trattamento dell'alienazione mentale da indurre all'adozione del modello panottico anche per le strutture manicomiali del XIX secolo.

Sebbene la maggior parte delle strutture ispirate al progetto di Bentham siano state demolite, dismesse o riconvertite in siti museali, alcune di esse – per lo più penitenziari – sono ancora in funzione o visibili.

Tra quelle psichiatriche, il Worcester State [Insane] Hospital è un esempio di asilo, un tempo dedicato ai malati di mente e progettato in funzione del principio di massima visibilità dei pazienti, la cui forma circolare incarna metaforicamente lo sguardo medico e l'occhio del potere sull'internato³⁵. Anche l'ex ospedale psichiatrico Miguel Bombarda di Lisbona conserva una testimonianza dell'influenza esercitata dal pensiero benthamiano sul mondo psichiatrico: un padiglione di sicu-

³³ “Il gesto che rinchiude non è più semplice: anch'esso assume significati politici, sociali, religiosi, economici, morali”, M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1998, p. 58. Per Foucault, la medicalizzazione della follia trova origine non nelle esigenze di umanizzazione e di libertà, ma nell'avvertita necessità di repressione che la società esercita sull'individuo deviante.

³⁴ Per meglio comprendere il progetto di Jeremy Bentham, efficacemente riassunto nella frase “essere incessantemente sotto gli occhi di un Ispettore significa perdere la capacità di fare il male e finanche il pensiero di volerlo fare”, si rinvia a J. Bentham, *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di M. Foucault - M. Pierrot, Marsilio, Venezia 2002; cfr., inoltre, M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, cit., pp. 213-247.

³⁵ M. Kearin, *A state of conscious and permanent visibility: sight as an instrument of cure and control at the Worcester State Hospital for the Insane, 1833-1900*, in *The New England Quarterly*, 92 (3), 2019, pp. 431-476.

rezza, costruito tra il 1893 e il 1896, pensato come spazio circolare chiuso adatto a controllare gli internati³⁶.

In Italia, uno straordinario esempio di Panopticon è il padiglione Conolly del manicomio San Niccolò di Siena, uno degli ultimi istituti psichiatrici dismessi a seguito della cd. *Legge Basaglia*. L'ospedale, insediato nel 1818 in un ex complesso monastico risalente al XIV secolo, si mostra subito all'avanguardia nella cura delle malattie mentali grazie all'introduzione di trattamenti meno coercitivi e all'utilizzo del lavoro manuale come forma di terapia. La gestione del nosocomio, infatti, è ispirata al principio del *no restraint*, ossia di non contenzione farmacologica e fisica, applicata da John Conolly presso il Middlesex County Asylum di Hanwell, dove le tecniche di repressione e gli psicofarmaci sono sostituite dalla pazienza, dall'attenzione e dalla tolleranza verso gli ammalati³⁷.

Ed è proprio allo psichiatra scozzese che, paradossalmente, viene intitolato il nuovo padiglione, entrato in funzione nel 1876. Di certo, una curiosa contraddizione se si considera che questo, con una struttura semicircolare (a ferro di cavallo) che ricalca il disegno panottico, è sin da subito destinato all'isolamento dei *clamorosi*, i malati di più difficile gestione. L'approccio umanitario nella cura della follia promosso da Conolly appare infatti del tutto incompatibile con ciò che nella pratica succede all'interno della nuova sezione manicomiale.

Del resto, il fallimento del fine riabilitativo è immediato e gli stessi psichiatri cominciano a prenderne atto:

i nostri attuali manicomi, con i loro muri di prigioni o di chiostri, le loro disposizioni regolari e simmetriche, sono, per un grandissimo numero d'alienati, delle fabbriche d'incurabili e noi, attraverso l'isolamento che noi imponiamo ai nostri malati, la vita di reclusi alla quale noi li condanniamo, la disciplina severa che noi loro imponiamo, noi siamo in un grandissimo numero di casi, senza esserne coscienti e con le migliori intenzioni del mondo, dei fabbricanti di cronici³⁸.

Nati per curare i folli sottraendoli ai vecchi reclusori, nei manicomi ben presto prevalgono logiche di gestione, certamente lontane da esigenze prettamente terapeutiche, funzionali alla salvaguardia più del benessere della società che di quello individuale dell'alienato, come dimostra la già evidenziata vocazione pedagogica e moralizzante assunta dalla scienza medica ottocentesca.

Infatti, se la rimozione del velo d'ombra che avvolgeva le istituzioni psichiatriche è merito di una critica concentrata sulle reali dinamiche manicomiali del XX secolo e che ne ha segnato il tramonto, i prodromi di queste non possono che rinvenirsi in quel processo di riconoscimento della follia a partire dai segni visibili (sul corpo) cominciato nel secolo precedente.

E se, come afferma Foucault, è dall'assunzione di una coscienza politica

³⁶ P. Cintra, *Miguel Bombarda. Preservar a memória*, Casa das letras, Alfragide 2012.

³⁷ Cfr. Per un'analisi completa del principio del *no restraint* si rinvia a J. Conolly, *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, trad. it., Einaudi, Torino 1976.

³⁸ M. de Montyel, *La nouvelle hospitalisation des aliénés*, in *Annales Médico-psychologiques*, I, 1896, p. 60.

da parte del sapere medico che deriva per quest'ultimo il compito di definire un "uomo in salute" e "uomo modello" insieme³⁹, è già dalla diffusione delle teorie sull'origine del disturbo psichico sviluppatasi tra Sette e Ottocento (e dalle connesse classificazioni nosografiche della malattia mentale) che discendono le premesse di quella successiva e più ampia stigmatizzazione di ogni comportamento esulante dal comune senso morale, poi culminata nella proliferazione di strutture che hanno tradito l'iniziale funzione terapeutica ad esse affidata.

³⁹ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 47.