

## 1.

### LA VOCE DEI SOGGETTI

#### 1. *L'intrigo*

La nascita e la storia del manicomio veneziano di San Servolo e del suo archivio sarà solo un punto di partenza: un pretesto significativo, per dare inizio alla nostra indagine sulle origini della psichiatria moderna; un luogo di verifica di alcune ipotesi fondamentali di questo lavoro.

Alcuni documenti dell'archivio di San Servolo ed un caso clinico raccontato in due diverse pubblicazioni di carattere psichiatrico: prenderemo subito le mosse da questi livelli eterogenei di scrittura, capaci entrambi di restituirci il legame di appartenenza tra certe trame d'avvenimenti ed il loro alveo istituzionale, scandito da un intreccio indissolubile tra pratiche e saperi. Trame d'avvenimenti, «intrighi» o, se si preferisce, frammenti di vissuto, tracce di rivolta e di sofferenza, testimonianze di grida e di lacerazioni, immediatamente inscritte in un tessuto di regole, di procedure normate e controllate, di scienze emergenti — nel nostro caso la psichiatria — solidamente ancorate ad una tradizione plurisecolare: è questa, in ultima analisi, l'area problematica privilegiata dalla nostra indagine storica, sullo sfondo di quel fenomeno complesso che di solito, in mancanza di meglio, siamo soliti chiamare *nascita della psichiatria*. Una nascita tramata dall'avvenimento.

La *costruzione dell'intrigo*, che Paul Ricoeur considera momento costitutivo dell'impresa storica, è l'asse portante del sapere psichiatrico nascente, agli inizi del secolo scorso: essa si è subito offerta al nostro sguardo con i caratteri ingannatori dell'evidenza e con le menzogne seduttorie di un vissuto trasparente ed immediatamente acces-

sibile. Si tratta, in realtà, di una semplicità illusoria. Abbiamo parlato, non a caso, di *trame* d'avvenimenti e di *costruzione* dell'intrigo. Soffermiamoci, per un momento, su quest'ultima espressione. Ricoeur la riprende, al seguito di Paul Veyne, dall'Aristotele della *Poetica*, che definisce il *μύθος* — cioè l'intrigo, l'intreccio — una «composizione di azioni» («τὴν σύνθεσιν τῶν πραγμάτων», 1450 a 5)<sup>1</sup>. La *mise en intrigue* è per Ricoeur, come si diceva, un aspetto essenziale del lavoro storico. Arrivando a conclusioni molto simili a quelle di von Wright, che considera la spiegazione storica un genere «misto»<sup>2</sup>, Ricoeur ritiene indispensabile un'armonizzazione ed una «riferenza incrociata» tra la pretesa di verità avanzata dalla storia e la dimensione narrativa veicolata dalla finzione. Deve esistere insomma, secondo questo originale protagonista dell'ermeneutica contemporanea, la possibilità di scoprire una struttura di transizione tra la spiegazione mediante le leggi e la comprensione mediante l'intrigo.

Sotto questo profilo, la nascita della psichiatria — ed anche, come vedremo, alcune particolari caratteristiche del suo svolgimento storico — offrono un terreno di ricerca privilegiato. La *mise en intrigue* è già presente nelle fonti più importanti del nostro lavoro: il racconto del vissuto è, immediatamente, variabile dipendente dalle *pratiche istituzionali* e matrice originaria, irrinunciabile, della *codificazione teorica*. La costruzione dell'intrigo si offre dunque al nostro sguardo come componente interna al dispositivo asilare. Fatti, avvenimenti, storie di vita, cioè la matrice prima di tale costruzione, entrano a far parte di un nuovo paradigma; al tempo stesso rappresentano un banco di prova del manicomio nascente e delle sue tecniche disciplinari: una superficie di collegamento, una intelaiatura comune, un luogo di giunzione e di articolazione tra le pratiche ed i saperi, ma anche, in certi casi, un momento di disgiunzione e di disarticolazione, una sorta di zona opaca ed impenetrabile, dove si infrangono le mitologie riabilitative e le promesse terapeutiche dell'istituzione segregante. Il dispositivo è in grado di confiscare e di utilizzare il vissuto, ma può anche trovare, in esso, un *ostacolo*; la ragione fondamentale, difficile da cancellare, dei suoi *scacchi* e dei suoi fallimenti.

Nell'opera che inaugura la psichiatria moderna — il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, del 1800 — Philippe Pinel raccomanda all'alienista la necessità di un *candore* nell'esposizione

<sup>1</sup> Cfr. P. Ricoeur, *Temps et récit*, t.I, Paris, Editions du Seuil, 1983. Per il passo aristotelico citato cfr. *Aristotelis de Arte Poetica Liber*, a cura di I. Bywater, Oxonii 1953, p. 1.

<sup>2</sup> H. von Wright, *Spiegazione e comprensione*, Bologna, Il Mulino, 1977, pp. 155-190.

dei *fatti*. «Candeur nécessaire dans l'exposition des faits» figura come titolo di un breve capitolo, all'interno della seconda sezione, dedicata al trattamento morale degli alienati. È un candore che manca a coloro che non sembrano mai «échouer dans aucun cas de maladie». *Échouer* significa fallire, ed ha la stessa radice della parola *échec*, che vuoi dire, per l'appunto, scacco: lo scacco di un sapere di fronte agli ostacoli che si possono incontrare — «les *obstacles* qu'on peut éprouver» — durante il trattamento della malattia mentale. Il candore nell'esposizione dei fatti implica il riconoscimento degli ostacoli prodotti da un vissuto — il vissuto del delirio, della follia parziale o totale — che rimane spesso impenetrabile, opaco, non trattabile. Per superare simili strettoie, è necessario che l'alienista, liberandosi dal «giogo del galenismo»<sup>3</sup>, imbocchi la «strada dell'osservazione»<sup>4</sup>: si tratta di un «cammino severo»<sup>5</sup>, che richiede sia l'abbandono di un «empirismo limitato»<sup>6</sup> e rozzo, sia, al tempo stesso, la capacità di operare una sintesi tra «l'esprit d'observation» e «les méthodes de classification»<sup>7</sup>, con il supporto dell'empirismo filosofico e della tradizione medica ippocratica<sup>8</sup>. Il rispetto dei fatti e l'apertura verso il vissuto del delirio debbono funzionare come supporto indispensabile di un metodo, di una classificazione, assegnando così a questi due termini una pregnanza inedita ed una nuova densità filosofica: l'assetto teorico della psichiatria nascente presuppone la liquidazione *dell'esprit de système* e del dogmatismo. L'approccio empirico e «la méthode descriptive»<sup>9</sup>, pur mettendo capo ad un corpo dottrinario («corps de doctrine»), si sviluppano a partire da una distanza vigile e continua da qualsiasi «ordre systématique»<sup>10</sup>. Una presa diretta sulla soggettività del malato ed una conoscenza approfondita dei suoi scarti («écarts»), passano attraverso dettagliate ricostruzioni storiche («notes historiques») del suo vissu-

<sup>3</sup> P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Richard, Caille et Ravier, Paris An IX (1800), p. XVI. Per il capitoletto sul candore, citato nel testo cfr pp. 53-54.

<sup>4</sup> *Ivi*, p. XVII.

<sup>5</sup> *Ivi*, p. XIX.

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

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

<sup>8</sup> Per questi due aspetti, rinvio ai saggi introduttivi, scritti da Sergio Moravia e da Francesco Fonte-Basso in occasione della prima traduzione italiana integrale del *Traité* pineliano sopra citato. Cfr. P. Pinel, *La mania*, a cura di F. Fonte-Basso e S. Moravia, Marsilio, Venezia 1987.

<sup>9</sup> P. Pinel, *Traiti...*, cit., p. 2.

<sup>10</sup> *Ivi*, p. 3.

to ed attente osservazioni quotidiane («*journaux d'observations*») <sup>11</sup> dei suoi comportamenti, entro le mura dell'ospizio. La ricostruzione del vissuto, dunque — potremmo ancora dire, con Ricoeur, la *mise en intrigue* — rappresenta la nervatura visibile del nuovo edificio dottrinario e del reticolato istituzionale che lo rende operante.

Il «candore» pineliano, all'alba della scienza psichiatrica, implica una sofisticata postura filosofica, molto simile a quella che Ricoeur individua in alcuni settori portanti della storiografia francese contemporanea: è comune ad entrambi gli ambiti il tentativo di trovare un accordo tra l'intrigo e la legge, tra la mobile varietà delle condotte individuali e la rassicurante stabilità di un dispositivo e delle sue regole. Uno sguardo sull'alienistica nel suo stadio aurorale diventa perciò una formidabile occasione teorica, che ci consente di studiare da vicino — aiutati dalla loquacità delle fonti — la delicata e complessa relazione tra storie di vita e dottrina, tra frammenti di vissuto ed aspetti istituzionali: una relazione spesso antagonista, fatta anche di strappi, di lacerazioni, di ostacoli.

Ostacoli è una parola cara a Pinel, utilizzata, come si diceva, per sottolineare la difficile e travagliata iscrizione dei comportamenti soggettivi entro le maglie del dispositivo asilare. Un ostacolo, egli afferma, «*c'est l'humeur ombrageuse et l'extrême défiance que marquent en général les aliénés pour tout ce qui les environne; ce qui les réduit souvent à dissimuler où a se condamner à une taciturnité qu'on ne peut vaincre*». Perciò, egli aggiunge, sarebbe maldestro far capire ai malati l'intenzione di osservarli e di «*pénétrer le secret de leurs pensées*» <sup>12</sup>.

L'umore umbratile, la diffidenza, la simulazione, il silenzio: nel *Traité* queste connotazioni sono l'indicatore di una sorda resistenza alla medicalizzazione della follia, che può anche assumere i connotati espliciti del rifiuto e della rivolta. Il verbo *vaincre*, usato non a caso da Pinel, ci introduce in uno scenario drammatico, dove ragione e follia si affrontano, all'interno di una relazione asimmetrica, dominata da una disparità ineliminabile tra i due contendenti. Non sempre il più forte — cioè il medico, sostenuto dalla forza di un «*appareil imposant*» <sup>13</sup> — riesce a vincere. Tra la resistenza passiva e la rivolta attiva, il soggetto internato si colloca spesso in quel terreno intermedio, mobile ed insidioso, che prende il nome di *simulazione*: si tratta

<sup>11</sup> *Ivi*, p. 2.

<sup>12</sup> *Ivi*, p. LII. I corsivi sono miei.

<sup>13</sup> *Ivi*, p. 26.

di una tattica sfuggente, che rende sempre difficile una netta demarcazione tra normalità e follia. La posta in gioco dell'affrontamento è la vittoria della ragione. Il microcosmo asilare diventa così, per Pínel, *un grande teatro*: luogo strategico, collocato *nel cuore stesso dei lumi*, dove la lotta contro l'opacità dei comportamenti devianti e contro la simulazione acquista un elevato valore simbolico. «Je parle des maladies simulées — leggiamo infatti nel *Traité* — sur un grand théâtre et au centre même des lumières»<sup>14</sup>.

L'archivio — per ragioni che spiegheremo — è in grado, ancor di più ed ancor prima del testo stampato, di restituirci i rumori ed il profilo quotidiano di questo affrontamento. Primo livello di costruzione dell'intrigo, esso registra con maggior fedeltà gli ostacoli del *traitement* e gli scacchi del terapeuta; esso ci restituisce trame d'avvenimenti, sfumature di vissuto ed irregolarità di comportamento, nel momento stesso in cui ha inizio la loro inclusione entro il reticolato istituzionale ed il loro travagliato inserimento nelle strutture di un sapere.

## 2. L'archivio

L'archivio dell'ex manicomio di San Servolo come punto di partenza di un più vasto e complesso *Archivio della follia*, organizzato su scala regionale e nazionale: a questo progetto, unico in Europa<sup>15</sup>, hanno contribuito, in maniera non irrilevante, le prime valutazioni sulla consistenza del fondo archivistico di San Servolo, emerse nel quadro di un lavoro di sistemazione e di inventariazione ancora in corso<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 298.

<sup>15</sup> L'arretratezza della legislazione europea (ad esempio francese e inglese), che consente, in molti casi, di distruggere i fondi archivistici ospedalieri, è davvero sorprendente. La *Bibliothèque de l'assistance publique*, a Parigi, con l'annesso archivio, raccoglie solo i dossier amministrativi degli ospedali che ad essa afferiscono. La centralizzazione dei dossier medici, tuttora in caso di discussione, presenta ostacoli e problemi di natura organizzativa e giuridica, ed è quindi un obiettivo ancora lontano. Per un primo orientamento, si veda: Ministère des affaires culturelles et Direction des archives de France, *Code des archives de France*, tome VII, *Règlement des archives hospitalières*, Paris 1969. Relativamente all'Inghilterra, si veda, tra l'altro: N.J.M. Kerling, *Hospital Records*, in «Journal of the Society of Archivists», aprile 1975, pp. 181-183.

<sup>16</sup> Non avremmo potuto avviare felicemente questo lavoro — organizzato nell'ambito della *Fondazione San Servolo-IRSESC* — senza l'appoggio e l'incoraggiamento della dott. Bianca Lanfranchi-Strina, sovrintendente archivistica per il Veneto. Trattandosi di un lavoro non ancora concluso, giova precisare che tutte le referenze d'archivio contenute in questo volume sono relative a una inventariazione ancora provvisoria.

Il fondo si divide in quattro parti fondamentali, che qui ci limitiamo a segnalare in maniera molto sintetica: i *registri* (R), le *buste «maniaci»* (B.M.), le *buste «esibiti»* (B.E.), le *cartelle cliniche* (c.c.). Esplorando con pazienza questo ricco arcipelago, ci si rende subito conto — non senza una certa sorpresa — che l'archivistica manicomiale è rimasta finora, nella stragrande maggioranza dei casi, lettera morta per lo storico: territorio ignorato, sottovalutato o, molto più semplicemente, inaccessibile. Rimanendo lontani da una sopravalutazione acritica dei documenti d'archivio, siamo comunque convinti che queste fonti fanno emergere nuovi problemi, o quantomeno, rendono necessaria un'attenta riconsiderazione di temi e di problemi già impostati e dibattuti in sede storiografica.

Si tratta, innanzitutto, di restituire a questi documenti d'archivio — fuori, appunto, da ogni feticismo — la loro caratteristica, di *eventi* e di *cose*<sup>17</sup>, di tracce e di testimonianze, di *τεκμήρια*<sup>18</sup>, o, se si preferisce, di *monumenti*<sup>19</sup>: la presenza di queste tracce, il loro accumularsi, il loro stesso emergere, e, talvolta, il loro scomparire, obbediscono a una logica e a delle regole che possiamo tentare di descrivere e di comprendere. Nei primi anni dell'800, l'antico ospedale militare di San Servolo, a Venezia — diventato ormai manicomio che accoglie i folli poveri — consolida le proprie strutture: l'internamento non è più un avvenimento relativamente raro, che riguarda gli alienati nobili e benestanti, ma una pratica corrente e collaudata, che deve assumere, per potersi legittimare, le caratteristiche di una procedura ordinaria, regolata e normata dai decreti della pubblica amministrazione. Direzione di polizia e direzione del manicomio, ceto medico e macchina della giustizia, cercheranno di dividersi i compiti e di integrare le competenze, nel tentativo di valorizzare l'utilità terapeutica e la funzione politica dell'istituzione asilare. Fa parte di questa valorizzazione la necessità di stendere regolari rapporti sulla realtà amministrativa e medica dell'ospedale: esistono precise disposizioni, in questo senso, rivolte alla direzione di San Servolo, da parte del «Governo Generale», già a partire dal 1802, durante il primo governo austriaco<sup>20</sup>. Più tardi, durante il secondo governo austriaco,

<sup>17</sup> M. Foucault, *Il sapere e la storia*, a cura di M. Ciampa, Roma 1979, pp. 38-39.

<sup>18</sup> Così il romanista P. Veyne, *Comment on écrit l'histoire*, Paris 1978, p. 14.

<sup>19</sup> Questa la proposta, citata da Foucault (*op. cit.*, p. 39), del filosofo e storico della scienza Georges Canguilhem.

<sup>20</sup> Cfr. AFSS, *Protocollo degli esibiti da marzo 1802 a tutto 19 giugno 1809*. Il 22 giugno 1806 il «delegato di polizia di Venezia» ordina al priore di San Servolo «di formare una specifica in tre classi de' maniaci, imbecilli e dementi».

queste disposizioni assumeranno il carattere di una normativa organica, capace di coinvolgere attivamente tutta la classe medica, interessata a rafforzare e a estendere le proprie prerogative: rapporti sanitari, statistiche, registrazione degli ingressi e delle uscite, classificazione delle malattie e — per finire — ricostruzione compiaciuta e puntigliosa di una storia dell'internamento, soprattutto da parte del primo vero alienista che diresse San Servolo dal 1847 al 1877: padre Prosdocimo Salerio, medico e religioso dei Fate-Bene-Fratelli (nome dell'antico ordine di San Giovanni di Dio). Scrivere questa storia e costruire un archivio, per documentarne la continuità, i progressi positivi e gli esiti felici: ecco due operazioni strettamente connesse all'affermarsi di un potere medico e al diffondersi del suo nuovo codice teorico: la psichiatria. La nascita e lo sviluppo di un archivio è dunque un *evento*, che ci pone, anche in questo caso, il problema di capire quale particolare congiuntura lo ha reso possibile.

I *registri*, compilati in epoche diverse, abbracciano anche l'età settecentesca: e sono registri di spesa, di farmacia, di entrata e di uscita, di morte. Alcune *buste* raccolgono, un po' alla rinfusa, documenti, in parte originali e in gran parte copie, del Settecento. Le rimanenti buste (ripartite, come si diceva, in B.M. e B.E.), riguardano la gestione, la «terapia» e il movimento dei pazzi (soprattutto la loro provenienza), e insieme i problemi amministrativi legati a questa gestione ed a questa terapia, a partire dai primissimi anni del XIX secolo. Le *buste esibite* contengono, in genere, una fitta e sistematica corrispondenza — attorno a problemi di spesa e di gestione — da cui emergono frequentemente notizie di carattere giudiziario, medico e politico. Nelle *buste maniaci* troviamo, in ogni incartamento relativo al singolo internato, il certificato, se così si può dire, che doveva accompagnarlo al suo ingresso in San Servolo: esso contiene un'attestazione di *miserabilità*, seguita — a partire dal 1833 — dalla dichiarazione che precisa quale autorità doveva assumersi le spese del mantenimento e della cura; oltre alle dichiarazioni mediche previste, il certificato contiene, nella sua parte interna, una *tabella nosologica*, con i necessari dati anamnestici, compilata dal comune o dall'ospedale di provenienza del malato.

A partire dagli anni quaranta, le *cartelle cliniche*, compilate nel manicomio, sono raggruppate e ordinate a parte, in fascicoli che coprono un biennio.

Buste e cartelle cliniche giungono, quasi senza soluzione di continuità, fino ai giorni nostri. Le mutuazioni, tuttavia, non mancano e pongono, all'archivista come allo storico, il problema, non facile e

non irrilevante, di capire secondo quali regole ha potuto verificarsi la rarefazione o la scomparsa di un documento, visto, come si diceva, nella sua qualità di traccia, di evento discorsivo o di «monumento»<sup>21</sup>. All'interno della bipartizione fondamentale delle buste (B.M. e B.E.), sono stati individuati alcuni sottoinsiemi, che nel proseguimento del lavoro verranno sistematicamente catalogati e raggruppati: ad esempio le *buste «farmacia»* e le *buste «fabbriche»* (dalle quali può essere ricostruita la storia dei progetti, delle innovazioni, degli ampliamenti e degli smantellamenti che hanno interessato gli edifici del manicomio nel XIX secolo)<sup>22</sup>.

Un archivio della follia che possa diventare, in prospettiva, l'archivio generale della sanità e dell'assistenza: possiamo già cominciare a intravedere — al di là dei complessi problemi di organizzazione e di gestione amministrativa — l'impatto di queste iniziative sullo specifico terreno della ricerca storica. Un campo particolare di indagini — la storia delle scienze mediche, e, per il momento, la storia della psichiatria — potrà essere interessato da trasformazioni e da innovazioni radicali. A partire da Georges Canguilhem (sulla scia di Bachelard), le *life-sciences* e, tra di esse, quelle che vengono, per così dire, definite e *caratterizzate* dalla loro stessa appartenenza a delle pratiche istituzionali, sono diventate un laboratorio privilegiato per lo storico delle scienze: campi del sapere caratterizzati da una soglia di formalizzazione più «bassa», e, comunque, diversa da quella delle scienze fisico-matematiche, assumono una centralità e una importanza prima sconosciute. La posta in gioco di questo *déplacement* sembra oltrepassare le stesse intenzioni di coloro che, per primi, lo hanno prodotto: non si tratta, semplicemente, di riabilitare i privilegi della discontinuità e delle rotture sopra i fasti — mai venuti meno — di uno sviluppo graduale e «progressivo» delle idee scientifiche. Questa capacità di cogliere, entro la linearità di uno sviluppo, l'importanza decisiva delle interruzioni e delle cesure, è infatti ormai largamente acquisita: l'individuazione delle battute d'arresto di un si-

<sup>21</sup> È nostra impressione, che dovrà essere verificata nel corso del lavoro di inventariazione, che i primissimi anni del '900 — quelli, per intenderci, che precedono la legge del 1904 — presentino non poche mutilazioni. Sono gli anni, giova ricordarlo, dello «scandalo Minoretti», di cui molto si parlò nella stampa italiana. Cfr., al proposito, il capitolo dedicato agli «scandali manicomiali» in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano 1979, pp. 119-135. Al contrario, le cartelle cliniche degli anni 1914-1918 ci sembrano molto ricche: contengono, spesso, lettere autografe di internati o di familiari, e riguardano, nella stragrande maggioranza dei casi, militari rispediti al fronte con il verdetto di «pazzia simulata».

<sup>22</sup> Cfr., al proposito, la tesi di laurea (sostenuta alla facoltà di architettura di Venezia, sotto la direzione del prof. Cristinelli) di A. Bonio, F. De Angeli, M. De Luca, G. Ziosi (1980).

stema (fisico, biologico, sociale, politico ecc), delle sue strozzature — quelle che Braudel chiama *goulots d'étranglement* — o dei suoi momenti di profonda trasformazione, costituisce ormai da tempo un aspetto essenziale dell'attività storiografica. Anche lo storico delle scienze esatte, soprattutto dopo Koyré e Bachelard, si muove continuamente all'interno di questo complicato intreccio tra continuità e rotture; difficilmente, tuttavia, riesce a situare tale intreccio dentro una rete di eventi non discorsivi, anche perché gli manca, nella stragrande maggioranza dei casi, una fiducia nella *determinazione* «in ultima istanza» dei fattori economico-sociali. Il lavoro attorno ai «saperi bassi»<sup>23</sup>, ma ormai anche attorno alle scienze della vita, rende questa nuova prospettiva più facilmente percorribile. Si tratta di abbandonare le comode semplificazioni di un determinismo rozzo, collegando le *discontinuità*, le *ricorrenze* e gli *sviluppi* dei «fatti» discorsivi, alla trama degli *avvenimenti* che li attraversano: avvenimenti di natura individuale, sociale, politica ed economica, di cui l'archivio costituisce, se non l'immagine riflessa, certamente la traccia e la testimonianza. Potremmo dire, in altri termini, che l'archivio, nel nostro caso, diventa un operatore interno alle procedure di smontaggio e di assemblaggio che caratterizzano il lavoro dello storico: un operatore che permette di collegare, in un gioco di incastri e di interazioni, la storia delle idee scientifiche alla storia dei comportamenti umani, alla storia sociale, politica ed economica, rendendo queste distinzioni sempre meno rigide e vincolanti.

### 3. *Finzioni*

Il connubio tra la singolarità di un evento e la forma generale e sistematica di un sapere può essere dunque descritto attraverso le numerose testimonianze che l'archivio manicomiale è riuscito a trasmettere. Tra queste, la *cartella clinica* occupa una posizione privilegiata; luogo d'incontro tra una dottrina e le pratiche che la rendono operante, essa rappresenta, anche se non da sola, il rilievo topografico in miniatura di un paesaggio mutevole, ricco di eventi minuti e di piccole «guerre» silenziose, presenti con scarso rilievo e con minor frequenza nel trattato medico: tentativi di fuga, silenzi ostinati, tattiche simulatrici o addirittura — come mostrano alcuni documenti

<sup>23</sup> Cfr., al proposito, M. Vegetti, *Potenza dell'astrazione e sapere dei soggetti* (in «aut aut», 175-176, 1980, pp. 5-18) e M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Milano 1979.

rinvenuti — scritture clandestine che tentano di sottrarsi alle attente «inquisizioni» del medico<sup>24</sup>. Applicata al criminale riconosciuto pazzo e *irresponsabile* — e perciò internato — l'osservazione manicomiale funziona come proseguimento ed articolazione dell'inchiesta giudiziaria: l'osservazione minuziosa, l'interrogatorio e i trabocchetti tesi al degente, per smascherare l'eventualità di una follia simulata, sono parte integrante della «cura morale» e del trattamento farmacologico. I carteggi tra il tribunale e la direzione del manicomio, ma molto spesso anche le cartelle cliniche, ci offrono una parziale fotografia di questo complesso scenario. Quali eventi particolari, quali comportamenti individuali provocano la diagnosi dello psichiatra e il verdetto del giudice, entrando così a far parte di una precisa costellazione teorica? E ancora: quali, tra questi eventi e tra questi comportamenti, provocano dei mutamenti significativi nell'assetto di un sapere e nella struttura di un'istituzione? È possibile, in altri termini, cominciare a vedere, nella «situazione» del soggetto e nei suoi comportamenti, una *matrice di trasformazione* dei dispositivi<sup>25</sup> manicomiali? La risposta a questi interrogativi, che non può non interessare anche lo storico delle scienze, trova nell'archivio un punto di riferimento insostituibile.

Sembra ormai acquisita, nella prospettiva di una genealogia della nostra modernità, l'importanza della *confessione*, studiata nella sua originaria matrice «penitenziale» e considerata, successivamente, nei suoi esiti laici e mondani: dalla giustizia alla psichiatria, fino alla psicanalisi. Anche nel manicomio, luogo specifico per la *produzione di verità* sulla follia, il soggetto confessante diventa la fonte indispensabile della *prova*. La diagnosi del medico e il verdetto del giudice sono resi possibili soltanto da una verità fondata su prove: a questo scopo, si ricorre all'interrogatorio; ma per evitare che questo procedimento venga stravolto dalla insidia di qualche «maliziosa finzione» o dall'opaca impenetrabilità di un ostinato silenzio, si completa l'indagine con trabocchetti ed «esperimenti», utili a sventare i pericoli di una simulazione possibile. Così si esprime, a proposito di un uxoricida

<sup>24</sup> Si veda, ad esempio, la memoria del conte Carlo Abriani, trascritta e commentata nel capitolo successivo.

<sup>25</sup> Questo termine, dopo i lavori di Foucault e di Castel, è entrato ormai a far parte della nomenclatura storica. Quasi sempre, tuttavia (in parte per ragioni teoriche ed in parte, forse, per una limitatezza del materiale documentario), la curvatura «soggettiva» dei dispositivi non viene sufficientemente sottolineata. Si veda R. Castel, *L'ordine psichiatrico*, Milano 1979 e F. Castel, R. Castel e A. Lovell, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris 1979. Per dispositivo intendiamo comunque, soprattutto in questo caso, l'intreccio tra pratiche istituzionali e saperi a pretesa di verità.

internato a San Servolo, il medico Andrea Saccardo, in una dichiarazione dell'11 maggio 1828: «Dichiaro io sottoscritto medico ordinario dell'Ospital di S. Servolo che Giovanni Maria De Nato della provincia di Belluno fin dal suo ingresso in questo Istituto Pazzi fu tenuto sotto *attenta osservazione* tanto dai Benemeriti Padri Ospedalieri, che dal sottoscritto, onde poter *scoprire* se la sua aberrazione fosse dipendente da fisica lesione cerebrale, o da *maliziosa finzione per sottrarsi alli rigori della legge*; che quantunque, dai *vari esperimenti sopra lo stesso praticati*, equivoche talvolta risultassero le *prove*, nulla di meno *credo* di poter asserire con tutto *fondamento* essere il De Nato suddetto realmente pazzo»<sup>26</sup>. Tre mesi dopo, lo «stato di alienazione mentale» verrà «provato»<sup>27</sup>, senza l'incertezza che caratterizza la prima dichiarazione. L'ossessiva insistenza sul pericolo della simulazione occupa molte pagine dei trattati di psichiatria, già durante la prima metà del secolo scorso<sup>28</sup>; l'archivio, tuttavia, ci fornisce una immagine più puntuale e dettagliata degli antagonismi, dei silenzi e delle lotte: insomma, di tutte le resistenze che gli internati contrapponevano alla strategia inquisitoriale adottata dagli psichiatri. Gli «esperimenti», i trabocchetti e le domande-tranello erano sicuramente un capitolo essenziale di questa strategia. Quando, ad esempio, l'omicida Emanuele Cristoforo Haggi<sup>29</sup> detto Cristo Belo, viene interrogato in manicomio da un «consesso giudiziale» («giudici, medici ed altre persone che aveva veduti in prigione»), con la collaborazione di un «apposito interprete», le sue reazioni manifestano palesemente il disperato tentativo di sottrarsi all'interrogatorio: «mutismo assoluto», oppure «pianti e singhiozzi». La situazione verrà sbloccata solo da una domanda-tranello, alla quale l'inquisito riuscirà a rispondere, modificando radicalmente il proprio atteggiamento: «Quando poi gli chiesero se desiderava di ritornare libero al suo paese, allora rasserenandosi rispose *subito* perché avesse il suo passaporto. Finita la seduta ritornò nel riparto consueto tranquillo sereno e ridente».

<sup>26</sup> Cfr. AFSS (= Archivio della Fondazione San Servolo), B (= Busta) 11. I corsivi sono nostri.

<sup>27</sup> Cfr. sempre AFSS, B 122 (lettera dell'11 agosto 1828). Nel capitolo ottavo questo caso verrà riesaminato con maggiori dettagli.

<sup>28</sup> Per un primo orientamento, relativo agli autori francesi, si veda: A. Fontana, *Le intermissioni della ragione*, in M. Foucault (a cura di), *Io, Pierre Rivière*, Torino 1976, pp. 293-310.

<sup>29</sup> AFSS, B 108. Su questo caso si veda anche A. Berti, *Pazzia ed omicidio. Pareri medico legali*, Venezia 1876, pp. 5-21. L'omicida chiamato anche *Cristo Belo*, nato a Samos, in Grecia, fu internato il 29 settembre 1862. I passi citati nel testo fanno parte di un resoconto del direttore, Prosdocimo Salerio.

Il caso del marinaio greco omicida è comunque emblematico: l'ostacolo linguistico impediva ai padri ospedalieri ed ai medici di utilizzare l'interrogatorio, come di consueto, all'interno della pratica terapeutica. Per questa ragione, la direzione del manicomio cerca di liberarsi, a più riprese, del paziente, sostenendo che Cristo Belo, poiché non parla l'italiano, ha solo bisogno di «custodia e sorveglianza», e non può essere valutato attraverso un «positivo giudizio» .

Produzione della *verità* a mezzo di *prove*, attraverso una presa diretta sulla soggettività malata dell'internato: l'interrogatorio, all'interno di questo paradigma, è una figura indispensabile ma insidiosa; può essere svalutato dall'insubordinazione dei pazienti, dalle loro «maliziose finzioni» o addirittura — singolare paradosso — dalla loro passività e dai loro silenzi<sup>31</sup>. Anche sulla base di questa consapevolezza, la scuola positivista, determinando un «totale prevalere della custodia sulla cura»<sup>32</sup>, cercherà altrove, e con altri mezzi, le prove della verità: sul corpo del malato, sulla sua conformazione biologica: *verificabile* - a partire dalla fine dell'800 - con gli *strumenti più asettici e impersonali del laboratorio*.

#### 4. *Disciplina*

La provenienza geografica, la collocazione sociale e le condizioni materiali: in breve, la «situazione» del soggetto malato, con l'inclusione della sua storia individuale, e la trama conseguente dei suoi comportamenti all'interno dell'istituzione; proponevamo di considerare l'insieme di questi fattori come possibile *matrice di trasformazione* del dispositivo manicomiali: matrice certamente non unica, ma

<sup>30</sup> Cfr sempre AFSS, B. 108, lettera del 30 settembre 1863. Lo stesso discorso in una lettera successiva, del 19 dicembre, indirizzata al tribunale e firmata dal priore-direttore. Il tribunale risponderà negativamente, «non potendo convenire» con il parere di chi voleva dimettere Cristo Belo dal manicomio. Solleciterà anzi la direzione di San Servolo a toglierlo dall'isolamento - stato che «condurrebbe un uomo alla pazzia» - e a «disporre perché a suo riguardo venga adottato quel regime di cura che rispondendo alla di lui custodia personale, valga pure alle esigenze della scienza medica».

<sup>31</sup> È forse possibile rintracciare, nelle cartelle cliniche, una *stona del silenzio* (capitolo di una indagine sulla *malinconia*), come storia di una resistenza passiva, ma spesso «efficace», contro il potere medico: è la storia di tanti «ammalati», che *preparano*, all'ombra del silenzio e dell'obbedienza, il crimine futuro ed inatteso, che potrà essere consumato solo dopo le dimissioni dal manicomio.

<sup>32</sup> Cfr. F. Basaglia e F. Basaglia Ongaro, *Crimini di pace*, Isonzo 1975, pp. 52-55.

non per questo trascurabile. Le implicazioni teoriche di questa proposta verranno definite compiutamente, oltre che nei prossimi capitoli, anche dal futuro sviluppo della ricerca storica; esse, in ogni caso, interrogano criticamente l'intero assetto dell'itinerario «genealogico»: formidabile punto di partenza, che tuttavia non ha finora assolto al difficile compito di mettere a fuoco quella che potremmo chiamare, in modo ancora provvisorio, la *curvatura soggettiva* dei dispositivi. Nell'individuare gli sviluppi possibili della ricerca storica, è necessario sottolineare qualche difficoltà, qualche insidia, direttamente connessa all'utilizzazione degli archivi manicomiali. Non è facile, ad esempio, descrivere esaurientemente tutte le componenti della «situazione» di un soggetto internato. La qualificazione professionale — trattandosi di un manicomio popolato soprattutto da contadini — sembrerebbe scontata, in base alla lettura dei documenti e delle cartelle cliniche. Non è così: la referenza d'archivio, in parecchi casi, specifica solo l'ultima occupazione del degente, relativa al periodo che precede immediatamente l'internamento. Le tracce di una mobilità professionale dei lavoratori o dei flussi migratori della manodopera, compaiono solo raramente nei nostri documenti<sup>33</sup>. Sempre rimanendo nell'ambito contadino, è molto spesso difficile, se non impossibile, risalire con esattezza al posto occupato dall'ammalato nella gerarchia rurale. Nella maggior parte dei casi, comunque, i contadini internati sono molto poveri; vengono mantenuti a carico dell'erario o del comune, a seconda del tipo di malattia, solo dopo il rilascio di un'attestazione di «assoluta miserabilità», firmata dal parroco, sulla base delle norme vigenti. Contadini poveri, dunque! Nel Veneto, e nell'Italia centro-settentrionale, dove più esteso è stato lo sviluppo del sistema manicomiale, i contadini poveri rappresentano la maggioranza della popolazione internata: abituati all'isolamento (a differenza dell'agricoltore meridionale, per il quale era possibile una vita comunitaria), questi contadini erano membri di famiglie coloniche, distribuite nei singoli poderi e perciò separate le une dalle altre; contadini tartassati dall'inasprimento dei patti colonici, già a partire dalla seconda metà del '700 e lungo tutta la prima metà del secolo successivo: il periodo che ora ci interessa. L'aumento dei canoni, l'intensificazione dei carichi di lavoro, la prevalenza del mais e il conseguente peggioramento dei livelli di nutrizione, che provoca la

<sup>33</sup> Su questi problemi, e sulle difficoltà di un'indagine relativa alle qualificazioni professionali, per il Veneto della prima metà dell'800, si veda M. Berengo, *L'agricoltura veneta dalla caduta della Repubblica all'Unità*, Milano 1963, pp. 81-89.

diffusione endemica della pellagra: su questo paesaggio desolato<sup>34</sup> attecchisce il manicomio. Garantisce il nutrimento e lenisce perciò la fame e la denutrizione, a cui la famiglia colonica era già largamente rassegnata. Ma soprattutto affronta, segrega e assoggetta gli *scarti* di questa rassegnazione: i crimini che la sconvolgono, le ribellioni individuali che la accompagnano, la fame e la pellagra<sup>35</sup> che l'alimentano. Dove non bastano l'intervento moralizzatore del parroco ed il timore delle leggi, interviene il manicomio. Il parroco, come si è detto, è una pedina essenziale nella procedura d'internamento; le leggi, o meglio, i decreti dell'amministrazione, definiscono, insieme, il ruolo del parroco, il potere della polizia, l'importanza del medico. Il dispositivo manicomialmente esibisce così, al contadino internato, una sintesi condensata dei pubblici poteri; isolando il deviante, riesce a svolgere contemporaneamente una duplice funzione: garantisce l'ordine sociale e la *sicurezza* dei *sudditi*, e al tempo stesso organizza l'assoggettamento, la sorveglianza e la *disciplina* dei «maniaci». *Sicurezza e disciplina*, in altri termini, si coniugano nell'istituzione asilare, definendo così l'irriducibile originalità della nuova medicina mentale: un codice teorico che si materializza in un complesso di pratiche, o, se si preferisce, un complesso di pratiche che viene sussunto da un sapere.

L'analisi dei materiali d'archivio, come vedremo, ci aiuta a comprendere meglio la funzione disciplinare del manicomio, considerata, almeno per la prima metà del secolo scorso, come finalità costitutiva della «cura morale».

L'isolamento produce disciplina; rafforza lo spirito e irrobustisce la volontà. Quando Esquirol ne illustrerà i vantaggi<sup>36</sup>, distinguendolo dalla reclusione carceraria, ripeterà gli argomenti e i motivi cari alla tradizione cattolica: quella degli ordini cenobiti e della chiesa tridentina; la stessa tradizione che concepisce l'isolamento, diversamente dagli eremiti, come strumento non definitivo, che avvicina alla *verità*, cioè a Dio, i singoli membri di una comunità, rendendoli capaci di realizzare *nel mondo* i compiti militanti della loro missione religiosa.

<sup>34</sup> Per una panoramica generale si veda, intanto, G. Giorgietti, *Contadini e proprietari nell'Italia moderna*, Torino 1974.

<sup>35</sup> L'internamento a causa di *pellagra* interviene quando la malattia è arrivata a quello che già i medici del primo '800 definivano il *terzo stadio*: lo stadio, cioè, che provoca turbe mentali ed alterazioni del comportamento, tali da rendere il contadino poco produttivo, pericoloso a se stesso e agli altri.

<sup>36</sup> J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales*, 2 voll., Bruxelles 1838, *passim*.

Tutta la psichiatria del primo '800 difende la segregazione asilare, sostenendo che il malato può guarire la propria follia se viene temporaneamente sottratto agli stimoli ed all'ambiente che la producono. Sant'Ignazio, negli *Esercizi spirituali*, aveva già espresso, in un diverso contesto, delle idee molto simili: «Stando così *isolato*, senza avere la *mente divisa* in molte cose, anzi mettendo ogni impegno in una sola, e cioè nel servire il proprio Creatore e *nell'aiutare la propria anima*, usa più liberamente le proprie *capacità naturali*»<sup>37</sup>. Il folle, *mutatis mutandis*, potrebbe, molto comodamente, figurare come soggetto della frase ignaziana<sup>38</sup>. L'illusione terapeutica delle origini scopre, quindi, la matrice positiva dell'isolamento, che tuttavia la psichiatria, già nei suoi primi sviluppi post-esquiroliani, non tarderà a smascherare<sup>39</sup>. Un'ipotesi fondamentale, in ogni caso, sembra profilarsi: l'avvento della psichiatria, pur producendo — come sostennero i suoi padri fondatori — una grande cesura storica, riuscì anche ad attuare la trascrizione mondana di una tradizione cattolica<sup>40</sup>; una tradizione che si era sviluppata, come poi avverrà per la nuova medicina mentale, sul duplice registro del pensiero e della pratica istituzionale. Cominciando da quest'ultima, non è inutile ricordare che, in pieno clima di *renovatio* cattolica, soprattutto nel xv secolo, molti ordini religiosi si dedicarono alla cura degli infermi: tra questi, i Fate-Bene-Fratelli, che dirigeranno San Servolo sin dai primi anni del xviii secolo<sup>41</sup>, si distinsero per l'assistenza e le cure dedicate ai malati di mente<sup>42</sup>.

<sup>37</sup> Ignazio di Loyola, *Esercizi spirituali*, Roma 1978, p. 56. Il corsivo è nostro.

<sup>38</sup> Non manca, del resto, nella tradizione cattolica, e nella stessa letteratura teologica contemporanea, il tema del «pazzo per amore di Cristo». Si veda lo stesso Ignazio (*op. cit.*, p. 168), oppure, tra i contemporanei, Von Balthasar, *Nello spazio della metafisica. L'epoca moderna*, Roma 1978, pp. 131-186.

<sup>39</sup> Cfr. F. Leuret, *Du traitement moral de la folie*, Paris 1840. Dopo aver sottolineato (p. 3) che l'isolamento, «parmi les moyens moraux», è da mettere «en première ligne», ne sottolinea, subito dopo (pp. 4-5), i pericoli: può succedere che un malato, la cui intelligenza è inizialmente «pervertie sur un point seulement», cada poi, per effetto dello stesso isolamento, «dans la démence».

<sup>40</sup> Sul versante della psichiatria tedesca, occorre senza dubbio affrontare il problema dei suoi collegamenti con la tradizione luterana: collegamenti che trovano in Reil, considerato il padre della psichiatria tedesca, evidenti risvolti biografici: dedicò infatti ad un pastore luterano una sua opera famosa (cfr. J.C. Reil, *Rapsodien*, Halle 1803). Di questo qualche cenno in G. Zilboorg e G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, Milano 1973, pp. 251-254.

<sup>41</sup> Su questo si veda il contributo di V. Fonte-Basso, *San Servolo: alle origini dell'internamento manicomiale*, in M. Galzigna-H. Terzian (a cura di), *L'archivio della follia*, Venezia, Marsilio, 1980, pp. 121-140.

<sup>42</sup> Il loro fondatore, Giovanni di Dio, «poté conquistarsi — come ricorda il Balthasar (*op. cit.*, p. 136) — l'accesso cristiano nel mondo interiore dei malati di mente», in virtù della sua «pazzia volontaria». Nel 1540 fece costruire l'asilo di Granada: fu un esempio che nella Spa-

In tutta l'Europa, agli inizi dell'800, la follia si medicalizza e la gestione degli asili, in tempi e con modalità differenti, diviene laica: in questo nuovo scenario, la *carità* diventa *tutela* dei folli poveri, e la *pietas* cristiana nei confronti della malattia<sup>43</sup>, estendendosi a larghi settori di *popolazione assistita*, si trasforma in terapia medica. La disciplina asilare e il controllo della devianza, che prima poggiavano sull'autorità della religione e dei suoi ministri, vengono ora legittimati da un sapere mondano, che sarà sempre in grado di *dire il vero* sulle caratteristiche della malattia mentale e sulle sue cause. Anche tentando di descrivere la dinamica di questo passaggio dalla pietà alla terapia, e quindi dalla carità alla tutela, sarà necessario cogliere il complicato intreccio tra gli elementi di una continuità e le articolazioni di una rottura. Una volta individuata, per grandi linee, la nascita della psichiatria — con tutti i suoi corollari e le sue premesse di natura politica — non è forse inutile insistere su qualche momento di continuità, soprattutto rispetto al caso veneziano, e a San Servolo in particolare, dove la medicalizzazione della follia porta il nome di Prosdocimo Salerio, medico e religioso dei Fate-Bene-Fratelli, che diresse l'istituto dal 1847 al 1877. Un terreno su cui verificare questa continuità, oltre alle pratiche istituzionali, è rappresentato, come si è appena detto, dal pensiero che le attraversa. Su tale livello, la psichiatria delle origini ha contratto, indubbiamente, molti debiti; contrapponendo la categoria di *delirio parziale* alla nozione astratta di

gna del '500 non rimase isolato (cfr. P. Bassoe, *Spain as the Cradle of Psychiatry*, in «American Journal of Psychiatry», vol. 128, n. 10, ottobre 1972). Alla fine del '600, ritroviamo i Fate-Bene-Fratelli in Francia, «specializzati» nel ricovero dei pazzi (cfr. C. Quérel e P. Morel, *Les fous et leurs médecins*, Paris 1979, pp. 185-186). Costruiscono diversi asili, tra i quali ricordiamo *Charenton* e *La Charité de Senlis*, che già in età settecentesca mostrano un'organizzazione interna molto articolata, nella quale i pazzi inoffensivi possono passeggiare liberamente. Tra i padri fondatori della psichiatria moderna, non mancano i cenni a queste origini lontane della medicina mentale. Lo stesso Pinel cita l'asilo di Saragozza, fondato nel 1425 (cfr. P. Pinel, *Tratte médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris 1800 [an IX] p. 225). Forse la diffusione di asili per i folli, nella Spagna del '400 e del '500, è la traccia di una eredità del mondo islamico e del sistema di «manicomi» sviluppatosi nelle grandi città arabe (un cenno, in tal senso, in G. Swain, *Le sujet de la folie*, Toulouse 1977, p. 26). Tale sistema, a sua volta, potrebbe essere il tramite di un influsso della tradizione bizantina. Tutto il problema meriterebbe ampi sviluppi.

<sup>43</sup> Durante il Concilio di Trento, venne dibattuto anche il problema degli ospedali: cfr., tra l'altro, *Sacrosantum Concilium Tridentinum cum Citationibus ex utroque Testamento Juris Pontificii Constitutionibus, aliisque S: Rom. Eccl. Conciliis*, Bassani, Apud Jo. Antonium Remondinum, 1743. Era chiara già allora (ad esempio, a proposito dello «ius visitandi» del vescovo, che aveva per oggetto «hospitalia... et pia loca omnia», p. 168), la distinzione tra la gestione religiosa di ospedali e luoghi pii, e la gestione che invece «ad laicos pertinereat» (*ibidem*), come pure la necessità che gli ospedali fossero governati con diligenza («diligenter gubernentur» p. 59).

*folia totale*<sup>44</sup>, essa intende restituire al folle la sua dignità di *soggetto*: un soggetto che con l'aiuto di una terapia adeguata può riconquistare la sua libertà morale e il suo libero arbitrio, proprio perché lo smarrimento delle sue facoltà razionali non è mai totale; un soggetto<sup>45</sup> con il quale è possibile dialogare, dopo che la *disciplina* manicomiale sarà stata in grado di affrontare - e quindi di assoggettare - la sua volontà e le sue passioni, che sono l'autentica radice della malattia; un soggetto, in altre parole, che, grazie all'intervento dello psichiatra, potrà ridiventare *soggetto di diritto*. Non a caso, l'interlocutore privilegiato di questo discorso sarà proprio il giudice, con il quale l'alienista instaura un dialogo, pieno di sussulti e di lacerazioni, che non è stato mai interrotto.

La nuova scienza, in questo modo, si coniuga direttamente con il pensiero giuridico e con la concezione moderna del soggetto di diritto<sup>46</sup>. Essa inserisce questa stessa concezione tra gli utensili fondamentali del proprio armamentario teorico: considerando l'uomo come unità psichica e come fonte di diritti individuali ed inalienabili, che nemmeno la malattia mentale può distruggere *totalmente*, la psichiatria si colloca tra gli eredi del pensiero cristiano, che tematizza la pertinenza del diritto a un soggetto, almeno a partire dal XIII secolo, con i nominalisti francescani. In quest'ambito, la nozione di follia totale diventa ormai improponibile: erede della cultura classica, greca in particolare, che realizza, come è stato detto<sup>47</sup>, il programma parmenideo di un'entropia del soggettivo. Sia nella tragedia greca, come nel più tardo pensiero filosofico) la *μανία* è, appunto, follia totale; segno della presenza di un demone, risultato della potenza divina. L'individuo è posseduto e segmentato dalle forze superiori che lo attraversano. *Nell'Aiace* di Sofocle, ad esempio, è Atena che sconvolge la mente del protagonista, per favorire Ulisse. «I passi di quest'uomo — essa afferma — nello stato malato della *mania*, sono stata io a guardarli».

La psichiatria, scienza deputata al controllo e alla terapia dei soggetti malati, porta a compimento, sul suo terreno specifico, una rot-

<sup>44</sup> Qualche cenno al problema in M. Galzigna, *Foucault e altre genealogie*, in «alfabeta», n. 10, febbraio 1980.

<sup>45</sup> Su questo tema della follia come «mise en cause du sujet», si veda G. Swain, *Le sujet de la folie*, cit.

<sup>46</sup> Cfr. M. Villey *La formation de la pensée juridique moderne*, Paris 1968 e B. Barret-Kriegel, *L'état et les esclaves*, Paris 1979. Si veda, più avanti, tutta la terza parte di questo libro.

<sup>47</sup> Cfr. M. Vegetti, *Potenza dell'astrazione*, cit., ma anche, per il discorso che segue, J.P. Vernant e P. Vidal-Naquet, *Mito e tragedia nell'antica Grecia*, Torino 1976, *passim*.

tura con il *pensiero senza soggetto* della tradizione classica: una rottura che il mondo cristiano aveva già attuato in epoca medievale, consegnando così ai saperi secolari dell'età moderna un'eredità inesauribile.

Una genealogia del dispositivo manicomiale ci porta così, attraverso uno scorcio necessariamente rapido, a sottolineare le radici lontane della nostra *modernità*.

Il dispositivo manicomiale, come si diceva, esercita, attraverso la disciplina, un'azione diretta sulla «coscienza» dell'individuo: la plasma, la cura, la riabilita. Agli inizi dell'800, la psichiatria è ancora chiamata *medicina dello spirito*: essa ha il compito di restituire al malato la sua responsabilità morale, il suo libero arbitrio. Cesare Vigna, che fu medico primario a San Servolo e primo direttore di San Clemente, a Venezia, intervenne molto spesso su questi temi, scegliendo, come interlocutori privilegiati (molto più di quanto non facesse lo stesso Salerio), i giudici. Scrittore elegante e versatile, pubblicò a Padova, nel 1862, un'operetta, nella quale l'ottimismo terapeutico non è stato ancora scalfito dalla realtà dei cronici inguaribili, dei lungodegenti, dei «maniaci» che dentro l'asilo sono diventati «dementi», subendo le conseguenze di quella che Ivan Illich potrebbe chiamare, a ragion veduta, una *iatrogenesi* manicomiale. Vigna si rivolge ai giudici, come risulta già dal titolo di un suo lavoro (*Sulla validità del giudizio medico nelle questioni di psicologia forense*): vuole dimostrare che il manicomio serve a «punire un vizioso ed un perverso, per ridonar alla società un cittadino utile e ravveduto» (p. 26): non è soltanto uno strumento di segregazione, ma una palestra educativa, che rende i degenti «docili... disciplinati e laboriosi» (p. 5). Enfatizzando queste affermazioni, aggiunge più avanti: «medico e materialista suona per molti lo stesso». Si è così diffusa una convinzione errata, che vede nel «fisiologo», nel medico, nel terapeuta, una persona che si è resa pressoché «inaccessibile alla nozione di spirito».

«Fu detto — continua subito dopo — e si è creduto per un pezzo, argomento di gran peso, che il morocomio sia la più solenne confutazione dello spiritualismo. Nulla di più falso» (p. 29). Interveniamo sullo spirito del malato, ribadisce Vigna, proprio perché attraverso la conoscenza dell'anomalia, dello stato morboso, possiamo cogliere più distintamente i rapporti tra la materia e lo spirito; rapporti che in condizioni di normalità sono percepibili molto più difficilmente. Pur essendo «innumerevoli» i disordini del pensiero, non possono essere completamente distrutte «le leggi regolatrici dell'intelligenza»; così che «il pazzo più incoerente, non perde né può per-

dere alcune idee, fuori dalle quali è impossibile concepire il pensiero stesso» (p. 30).

La fiducia negli effetti dell'intervento disciplinare è qui, molto chiaramente, legata al rifiuto della nozione di follia totale ed alla carparbia affermazione dell'unità dello «spirito», dell'«io che pensa, che sente, che vuole» (p. 36): un principio autoevidente, che conosce sé attraverso se stesso, a differenza della materia, che può essere conosciuta soltanto dal pensiero. In questo contesto, una rigorosa ortodossia dualista, più volte ribadita dall'autore<sup>48</sup>, è funzionale alla presenza contemporanea, all'interno del manicomio di San Servolo, di una *disciplina* (la «cura morale»), e di un trattamento farmacologico (la «cura fisica»). La terapia è proprio la sintesi di questa duplice azione, sul corpo e sullo spirito. Per una comprensione analitica di questi due momenti, il lavoro d'archivio è di capitale importanza: si scoprirà, ad esempio, che l'uso dei farmaci per la cura della follia ha origini molto lontane. Già nel 1700, quando San Servolo era ospedale militare, la farmacia era attiva e funzionante<sup>49</sup>. Agli inizi dell'800, quando l'internamento dei folli poveri era ormai una realtà consolidata, l'uso dei medicamenti registra delle punte molto elevate<sup>50</sup>. Dopo il suo viaggio scientifico in Europa, Salerio criticherà le carenze dei manicomi negli altri paesi, proprio da un punto di vista farmacologico<sup>51</sup>. Lo stesso Vigna, più tardi, commemorando il direttore dell'istituto ormai scomparso, parlerà di San Servolo come di un «manicomio farmacologico», quasi a sottolineare, in termini elogiativi, la posizione di punta del suo collega e amico<sup>52</sup>.

Anche sul terreno della disciplina e della cura morale, la verifica d'archivio ci mette in condizione di comprendere più direttamente la pratica dell'intervento psichiatrico, al di là delle enunciazioni, troppo spesso enfatiche ed autoelogiative, che possiamo leggere nelle pubblicazioni degli alienisti.

<sup>48</sup> In questo saggio, ma anche altrove. Si veda C. Vigna, *Sulle recenti dottrine fisiologiche*, in «Gazzetta Medica Italiana — province Venete», a. I (1858), nn. 24-27-31-34-39-42-43-45-49-52; 1859, nn. 2-7-12-13-14-18-24-25; 1860, nn. 6-8.

<sup>49</sup> Nel fondo *Registri* esistono referti relativi alla fine del '700 e ai primissimi anni dell'800.

<sup>50</sup> AFSS, B. 91, *Registro dei fabbisogni e consumi della Specieria Generale di S. Servolo* (1816). Medicamenti usati da Salerio negli anni '50, ad esempio il tartaro, erano già in circolazione agli inizi del secolo. Su questo argomento sarebbe necessario uno studio analitico e quantitativo, tenendo però conto che non tutti i medicamenti della farmacia erano destinati al manicomio.

<sup>51</sup> Su questo, si vedano alcuni cenni in M. Galzigna-H. Terzian (a cura di), *L'archivio della follia*, Venezia, Marsilio, 1980, pp. 111-113.

È indubbio che i documenti dell'internamento manicomiale potranno permetterci, un giorno, di scrivere un capitolo non secondario di una storia della sessualità. Il libertino settecentesco diventa, a partire dagli inizi del secolo scorso, un perverso<sup>53</sup>. I comportamenti che si svolgono al di fuori del modello coniugale, o contro le sue istanze normalizzatrici, vengono a poco a poco patologizzati e sussumti da una nosologia: *onania*, *ninfomania*, *dissolutezza*, sono termini che ritroviamo con frequenza nella cartella clinica, nello spazio riservato alla classificazione. Già nel 1831, quando a San Servolo venivano ancora ricoverate le donne, troviamo un caso di ninfomania<sup>54</sup>. Gli omosessuali, nominati con termini spesso velati o prudenti, vennero internati anche durante la prima metà del secolo. Accadeva talvolta che il «giudice inquirente» chiedesse al direttore del manicomio di osservare attentamente quei casi in cui un particolare tipo di malattia fisica (ad esempio «un mal sifilitico all'ano») avrebbe potuto rivelare la presenza di «un malore d'indole sospetta»<sup>55</sup>.

L'onanista rimane, in ogni caso, il personaggio maggiormente bersagliato: la sua «immoralità» era temibile; trattata alla stregua di una malattia endemica, giustificava i mezzi correzionali più fantasiosi<sup>56</sup>. L'onania poteva essere la causa dell'internamento, ma anche la spia di un peggioramento del quadro clinico di un pellagroso o di un malinconico.

L'interrogatorio, il dialogo, il lavoro, le «passeggiate», i «giuochi di carte, di palla, la lettura di qualche libro ameno per alcuni fra i pochi capaci di poterne approfittare, *conforti con ragionamenti*, le visite regolate, canti, suoni etc. tutto però con *ordine* perché questo quanto più si può mantenere è uno dei più *potenti mezzi* a ricondurre sulla retta un intelletto travolto; ad alcuni accompagnati però da infermieri e da qualche religioso si permette portarsi a diporto anche alla spiaggia; anche gli esercizi religiosi sono accordati meno alii affetti da mania religiosa, o melanconici, a quelli che sono in uno stato di demenza od imbecilli affatto e quelli in istato d'esaltazione; eglino sono un sollievo a tutti e molto più a quelli a cui l'intelligenza comincia a ridestarsi»<sup>57</sup>.

<sup>53</sup> Su questo si veda M. Foucault, *La volontà di sapere*; Milano 1978.

<sup>54</sup> AFSS, B. 101.

<sup>55</sup> AFSS, B. 124.

<sup>56</sup> Contro la masturbazione femminile, uno speciale letto di contenzione, che il Guislain osservò solo a Venezia, lo ritroviamo al morocomio dell'ospedale di San Giovanni e Paolo. Anche il manicotto sempre stando al Guislain, è un «modello italiano». Cfr. J. Guislain, *Letres médicales sur l'Italie*, Gand 1840, pp. 244-256.

<sup>57</sup> AFSS, B. 77, P. Salerio, *Rapporto*, 1856.

Il lavoro, l'ordine, i ragionamenti, i premi accordati con criterio selettivo, gli esercizi religiosi: la strumentazione *disciplinare* della cura morale è qui, nella relazione medica, soltanto indicata o allusa. Un velo di rimozione si stende sopra i controlli e le ingiunzioni che hanno per oggetto la sessualità del degente ed il suo atteggiamento verso la famiglia. *L'ordine*, questo *potente mezzo* per ricostruire l'integrità psichica ed intellettuale del paziente, è ancora una indicazione generica, che viene riempita di contenuto attraverso le pratiche quotidiane, che definiscono la materialità dell'intervento psichiatrico, leggibile più puntualmente nella cartella clinica, o negli altri documenti che formano il dossier medico di un internato.

Una duplice strategia medica sembra emergere da queste fonti, relativamente ai casi di dissolutezza o di onania: la forza degli strumenti repressivi («bisogna applicargli la camiciola per reprimere come si può quella tendenza irresistibile all'onania...»)<sup>58</sup>, si unisce all'insistenza e alla tenacia di una persuasione morale; una persuasione che ha lo scopo di riconciliare il «dissoluto» con le istanze di un familiarismo o di una coniugalità che, in qualche modo, il suo stesso comportamento aveva negato. Il *ritorno alla famiglia* è insieme l'obiettivo dell'azione disciplinare e il parametro — uno dei più importanti — che può funzionare come spia di un'avvenuta guarigione: un parametro che funziona anche per altri tipi di follia e che rivela perciò la notevole portata strategica che assume, nell'azione psichiatrica, il riferimento ai valori della famiglia, epicentro del «sociale» e punto d'appoggio per una moralizzazione della sessualità e dei comportamenti. Un breve manoscritto<sup>60</sup>, nel quale Prosdocimo Salerio e Cesare Vigna descrivono, nel 1869, la situazione di un degente affetto da «melanconia taciturna», vale la pena di essere letto integralmente. Esso rivela, appunto, il duplice ruolo che l'istanza familiaristica gioca all'interno della terapia asilare: finalità dell'intervento medico e indicatore della sua efficacia.

La scomparsa dell'«odio alla famiglia», come leggeremo, indica, appunto, il successo di «tante cure specialmente morali», che il direttore ed il medico primario dedicarono a questo paziente «cupo» e «ostinato».

<sup>58</sup> AFSS, c.c. 15: è la cartella clinica di un diciottenne, internato il 1° aprile 1875 e dimesso il 26 luglio.

<sup>59</sup> Cfr. J. Donzelot, *La police des familles*, Paris 1977.

<sup>60</sup> AFSS, B. 93 (14 febbraio 1869). Il documento è firmato da Cesare Vigna, Prosdocimo Salerio e Lattuada. Per renderlo più comprensibile, siamo intervenuti sulla punteggiatura.

«Venezia, 14 febbraio 1869

Pornaro Francesco veniva inviato a questo Manicomio in S. Servolo di Venezia il giorno 31 ottobre 1868 dalla Direzione dello Spedale Civile di Vicenza con nota N. 848, 30 mese stesso, e con documento della Comune (che in copia si accompagna), qualificato siccome affetto da melanconia taciturna, con predisposizione gentilizia in causa d'amor deluso. Era stato degente in quello Spedale Provinciale ben cinque mesi, prima di essere qui inviato, e veniva giudicato dover stare a carico della propria Comune da quel Medico Provinciale; giudizio confermato dal Medico Fiscale come da Decreto della Direzione di Polizia d'allora 22864/9360, 4 novembre s.a.

Nella lunga degenza d'oltre tre anni in questo Manicomio, in onta a tante e continuate cure e fisiche e morali, mantennesi melanconico taciturno, cupo, cogitabondo; conservò quasi sempre un assoluto ed ostinato mutismo; infingardo ed inerte, bisognava forzarlo perché si muovesse e passeggiasse; mai che si sia potuto ottenere poter occuparlo nella menoma cosa; immobile, incantato, rifuggiva la compagnia di chiunque siasi, e molte volte lo si dovette nutrire forzatamente. Il di lui aspetto era truce: testa bassa e dispettoso tutte le volte che si faceva per parlargli; *mostrava una somma avversità alla famiglia*, della quale non voleva neanche sentirne discorrere e rifiutava persino di ricevere le lettere, quantunque tutto intendeva per bene; tutt'al più rispondeva burberamente alzando le spalle col dire: "lasciatemi stare, io non vo sapercene di cosa né d'altro, io vivo in me stesso, né voglio che altri si interessino di me"; e se per poco si insisteva nell'eccitarlo e consigliarlo a qualche cosa, si istizziva, sortiva con parole ingiurose, minacciava e pareva volesse avventarsi; egli non aveva la menoma proprietà personale; apatico e misantropico senza mai che se gli potesse ricavarne il motivo; in questo manicomio non passò mai ad accessi veramente furienti e pericolosi, ma non è da dubitarne se in caso proprio e nella famiglia avesse potuto arrivare ad atti violenti e perniciosi, quando anche nel Manicomio stesso, *al nominarsi solo la famiglia e procurando risvegliargli gli affetti alla stessa*, anziché rabbonirsi si esacerbava da divenire persino minaccioso anche agli estranei.

Non fu che nel passato novembre che dopo tante e tante *cure specialmente morali* lo si potè sentire rispondere qualche parola e che pareva scomparire quell'*odio alla famiglia*, e che si potè togliere da quell'inerzia ed infingardaggine totale nella quale erasi mantenuto per oltre tre anni; ma però ha ancora nessuna espansione, scarso assai di parole con un aspetto poco lusinghiero: migliorò, ma non

ancora ci lascia fiducia di piena guarigione».

Un sistema continuo di scambi e di protezioni reciproche si instaura dunque, a partire dal XIX secolo, tra il manicomio e la famiglia; molto spesso il manicomio accetta ciò che la famiglia rifiuta: l'elemento che rompe le regole di una condotta morale, sottraendosi agli imperativi di una produttività essenziale, in ogni caso, alla sopravvivenza del nucleo contadino. L'equilibrio tra le due istanze è comunque molto delicato: se infatti, da un lato, il rifiuto familiare nei confronti del folle sottolinea l'importanza e la necessità di una struttura asilare, dall'altro lato può implicare, se diventa eccessivo, una crisi da sovraffollamento delle strutture manicomiali ed insieme un insuccesso delle loro tecniche disciplinari. La *degenza breve* è infatti il banco di prova del programma terapeutico: indicatore essenziale — quantificabile attraverso la lettura delle cartelle cliniche — dei flussi di scambio che collegano la famiglia all'ospedale psichiatrico, essa mette in evidenza l'andamento e gli esiti dell'intervento medico, ed insieme la sua stessa possibilità di funzionare non solo come pedina dello scacchiere securitario, ma anche come *machine à guérir*: macchina disciplinare produttrice di guarigione. Lo stesso Salerio, negli anni sessanta, fa osservare quanto sia penoso, per i pazienti dimessi dall'ospedale, «il trovare estinti gli affetti di famiglia e invece di soccorso rinvenire disprezzo»<sup>61</sup>. L'organizzazione del «soccorso» non poteva, in ogni caso, ricadere solo sul manicomio. Quando la devianza non rientrava nei paradigmi della nuova medicina mentale, si cercava di passare la mano ad altre istituzioni, ad altri dispositivi di sicurezza e di disciplina, capaci di garantire adeguate misure segregative e correzionali. Quando, ad esempio, Bernardo B., di 17 anni, viene inviato a San Servolo *dall'Istituto degli esposti*, e classificato come affetto da «mania gaia», la direzione dell'ospedale cercherà a più riprese di rispedirlo nell'istituto di provenienza, sostenendo che il soggetto, affetto da «cattiveria» e non da «pazzia», merita «un qualche luogo di reclusione correzionale», piuttosto che un ospedale<sup>62</sup>. Il caso del conte decaduto Carlo Abriani<sup>63</sup>, è anch'esso, da que-

<sup>61</sup> Cfr. P. Salerio, *Tavole statistiche triennali 1865-1867*, Venezia 1868, p. 7. Anche in questo caso, le affermazioni vanno interpretate con prudenza. Spesso le famiglie auspicano (se non altro per ragioni economiche) il ritorno del congiunto. In ogni caso, la gamma dei loro atteggiamenti è piuttosto varia. Si vedano, ad esempio, le accorate lettere che Caterina Molmenti scrive a Salerio, per informarsi sulla salute del marito e sulle possibilità di un suo ritorno (AFSS, B. 107); le lettere sono del 1866.

<sup>62</sup> AFSS, B. 126.

<sup>63</sup> AFSS, B. 102 (nel capitolo successivo abbiamo pubblicato una memoria indirizzata da Abriani alla polizia).

sto punto di vista, assai significativo: ribelle e indisciplinato, con probabili ascendenze giacobine in famiglia<sup>64</sup>, membro, nel 1848, delle milizie venete, fino alla rioccupazione di Venezia da parte degli austriaci, ha una vita turbolenta e difficile. Prima di approdare a San Servolo nel 1851, all'età di 35 anni, ha già attraversato molti settori dello scacchiere disciplinare Veneto: il seminario vescovile, la casa di correzione, la civica casa d'industria, il battaglione di fanteria, il corpo dell'artiglieria marina, la commissione dipartimentale di Noale, la cancelleria del tribunale ed infine, prima del manicomio, l'ospedale civile San Giovanni e Paolo. Itinerario esemplare di una segregazione sempre riproposta e di una disciplina mai realmente accettata; itinerario paradigmatico, quello di Carlo Abriani, che ci permette di inserire il manicomio nel ricco ed articolato panorama di quello che potremmo definire un *complesso disciplinare*, che si dispiega secondo l'ordine orizzontale delle sue componenti: il manicomio è davvero un punto in una rete.

<sup>64</sup> Un Giuseppe Abriani, fondatore, con altri, di un club giacobino, fu processato e condannato a Rovereto nel 1795 (cfr. Bibl. Comunale di Trento, F. Filos., «Memoria e confessioni di me stesso», ms. n. 2617).