

RAFFAELE GIANNANTONIO

NELLA CITTÀ DEL DOLORE

ESPERIENZE MANICOMIALI IN ABRUZZO TRA OTTO E NOVECENTO

schede a cura di MATILDE TERRENZIO

prefazione di Aldo Castellano, introduzione di Massimo Di Giannantonio.



CARSA
EDIZIONI

*Madre, che tanto tempo fosti madre,
di te non resta che tonaca consunta,
frusto semiante di ciò che fosti quando
giovani albe sposavano i tramonti.*

*Chiari e distanti i tuoi begli occhi azzurri,
che rapidi cambiavano colore
verdi nel mare, se soltanto il sole
provava a dileguarsi dietro al cielo.*

*Ora sei qui, bambina nella notte,
parli nel sonno ch'è tutto tranne quiete
ed io ti guardo, come facevi sempre
quand'eri tu a porgere misura.*

*Ombra silente muovevi nell'oscura
verde foresta dei miei sogni nuovi,
fino a toccare la corda misteriosa
che rassegnava al sonno i desideri.*

*Con te portavi nei passi del ritorno
l'involontaria gioia di quegli anni
per poi stiparla, con devota cura,
un po' ogni notte, sotto al tuo guanciaie.*

*Ora dovrei trovare le parole
per restituire a te quella magia,
ma non le trovo tra le rime stanche,
tra i giorni che non vollero me padre.*

*Ti sembra di vedere nello specchio
una presenza buia e minacciosa,
muti fantasmi copiano i tuoi gesti,
con loro intessi astruse pantomime.*

*Non sei più tu, ormai tutto ti manca,
devo cercarti in pieghe silenziose,
in quello che non dici e dentro resta:
tu me ora sei, sei quello che ora sono,*

*Ma basta un lampo ai tuoi svagati sguardi
per riportar la gioia e la speranza,
come un sorriso tinto di vermiglio
evoca suoni infanti, ormai lontani.*

*A te mi accosto, nel buio della notte,
ti stringo forte e arresto i tuoi pensieri.
Si chiude in sé il cerchio della vita
e in te mi trovo un'altra volta figlio.*

NELLA CITTÀ DEL DOLORE

Le esperienze manicomiali abruzzesi tra Otto e Novecento

numero 4 della collana *L'ACAb, L'Architettura Contemporanea in Abruzzo*, volumi di studi ed esperienze nel territorio abruzzese e contermini tra XX e XXI secolo.

Diretta da Raffaele Giannantonio

Progetto editoriale e testi

RAFFAELE GIANNANTONIO

Progetto grafico e impaginazione

CARLO GAGLIOSTRI

Redazione

GIUSEPPE MARTOCCHIA, CHIARA CONTE

Con la collaborazione di

CATERINA MARRAMA

Traduzioni

ANGELA ARNONE

Finito di stampare nel mese di febbraio 2013 presso

PASQUI COATING CONVERTING PRINTING COMPANY • Città di Castello (Pg)

Si ringraziano

il Prof. Lorenzo Bartolini Salimbeni

il Prof. Mario Pisani

il Dott. Massimiliano Garzarella

Erika Di Felice

CARSA
EDIZIONI

© Copyright 2013 CARSA Edizioni, Pescara

Tutti i diritti sono riservati.

ISBN 978-88-501-0307-2

CARSA Edizioni

Presidente

ROBERTO DI VINCENZO

Amministratore delegato, Direttore artistico

GIOVANNI TAVANO

Direttore editoriale

OSCAR BUONAMANO

Picture editor

ROBERTO MONASTERIO

Responsabile produzione

CARLO GAGLIOSTRI

Responsabile distribuzione

ANTONIO AMADIO

Direzione e redazione

Piazza Salvador Allende, 4

65128 Pescara • Italia

www.carsaedizioni.it • www.carsa.it

Il presente studio è stato condotto nell'ambito delle ricerche del Dipartimento di Architettura dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara e pubblicato grazie ai fondi messi a disposizione dal Ministero dell'Istruzione e della Ricerca Scientifica.



RAFFAELE GIANNANTONIO

NELLA CITTÀ DEL DOLORE

ESPERIENZE MANICOMIALI IN ABRUZZO TRA OTTO E NOVECENTO

schede a cura di MATILDE TERRENZIO

premessa di Aldo Castellano, introduzione di Massimo Di Giannantonio

CARSA
EDIZIONI

SOMMARIO

	<i>Prefazione</i> (Aldo Castellano)	6
	<i>Introduzione</i> (Massimo Di Giannantonio).....	9
	PARTE PRIMA	11
PREMESSA	L'architettura della città dolente	13
	<i>Note</i>	28
CAPITOLO I	La fase premanicomiale	33
	I.1 La cura della follia nel mondo classico.....	33
	I.2 Il Medioevo islamico	35
	I.3 La nascita degli ospedali in Europa	37
	I.4 Il grande internamento della follia.....	38
	<i>Note</i>	42
CAPITOLO II	La fase manicomiale	44
	II.1 I manicomi pubblici in Inghilterra tra Settecento e Ottocento	44
	II.2 La nascita del "manicomio" e della psichiatria in Francia.....	48
	II.3 I manicomi vittoriani e l' <i>Asylum Act</i> del 1845.....	51
	II.4 Le tipologie dei manicomi ottocenteschi in Inghilterra.....	54
	II.5 I sistemi manicomiali europei	57
	<i>Note</i>	61
CAPITOLO III	I manicomi italiani tra Ottocento e Novecento	64
	III.1 La situazione manicomiale in Italia dalla fine del Settecento all'Unità	64
	III.2 La fase dell'internamento alla fine dell'Ottocento	71
	III.3 Il Novecento	76
	<i>Note</i>	91
CAPITOLO IV	Le esperienze abruzzesi	96
	IV.1 Teramo. Le origini della struttura ospedaliera.....	96
	IV.2 Teramo. La nascita della Sezione del Manicomio e gli sviluppi fino alla Grande Guerra	100

IV.3	Teramo. Il Manicomio sotto la direzione di Marco Levi Bianchini	107
IV.4	Teramo. Le proposte e i progetti per il nuovo Manicomio	109
IV.5	L'Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico dell'Aquila. La nascita della sezione manicomiale presso S. Maria di Collemaggio	112
IV.6	L'Aquila. Il Progetto Ginocchietti	117
IV.7	L'Aquila. I Progetti Rimini	120
IV.8	L'Aquila. I progetti esecutivi dei primi padiglioni	124
IV.9	L'Aquila. L'apertura del Reparto Neurologico	128
	<i>Note</i>	130
CAPITOLO V	Note conclusive	135
	<i>Note</i>	141
	PARTE SECONDA	143
SCHEDE	Spedale de'Pazzi di Fregionaja, Lucca	145
	Ospedale di S. Servolo, Venezia	146
	Manicomio S. Niccolò, Siena	148
	Regio Manicomio, Torino.....	150
	Casa di cura Ville Sbertoli, Pistoia	151
	Manicomio di S. Maria della Scaletta, Imola	153
	Ospedale Psichiatrico dell'Osservanza	155
	Ospedale Psichiatrico P. Pisani, Palermo.....	156
	Manicomio Provinciale di S. Maria della Pietà, Roma	158
	Manicomio Provinciale, Potenza	159
	Ospedale Psichiatrico S. Girolamo, Volterra	161
	<i>Bibliografia</i>	164
ABSTRACT	In a city of woe	169
	<i>Indice dei nomi</i>	175
	<i>Indice dei luoghi e delle cose notevoli</i>	177
	<i>Fonti iconografiche</i>	180

PREFAZIONE

Perché studiare, oggi, la storia architettonica degli ospedali psichiatrici in Italia? È presto detto: perché non è stata ancora sufficientemente indagata. La letteratura estera sull'argomento è già abbondante, ma nel nostro paese questo genere di studi – almeno quelli d'ampio respiro, non su singoli edifici – sembra addirittura inesistente, almeno per il soggetto del Catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale. Alle voci congiunte "Ospedali psichiatrici (o anche Manicomi) – Architettura – Storia" non risultano corrispondenze. Se sostituiamo la prima chiave di ricerca con il più generale "Ospedali" troviamo registrato un unico titolo, *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, pubblicato nel 2002 da Epifanio Li Calzi, Stefano Fontana e Alessandra Sandalo. Questa situazione è decisamente sorprendente. Sembra, infatti, difficile giustificarla con la straordinaria ricchezza monumentale italiana, che potrebbe aver pressoché interamente assorbito l'interesse degli studiosi. Se pensiamo, infatti, agli studi di storia dell'architettura industriale, che riguarda tipologie edilizie parimenti utilitarie come quelle ospedaliere, ci rendiamo conto che l'ipotesi non regge, perché dalla fine degli anni Settanta le ricerche in questo campo si sono succedute rapidamente, crescendo in quantità e qualità.

A giustificare quel disinteresse, si potrebbe addirittura pensare a una forma di disagio nell'affrontare un settore, come quello sanitario, in grande sofferenza nel paese, oppure alle difficoltà che presentano gli oggetti stessi di quel tipo di ricerche, spesso ancora manufatti in piena attività e, dunque, profondamente trasformati da adeguamenti funzionali recenti, che hanno stravolto la loro veste originaria e reso quasi irriconoscibile il loro *status* documentario. Tuttavia, anche in questo caso sembra difficile generalizzare, dal momento che almeno un sottogruppo dell'architettura ospedaliera – proprio quello psichiatrico – ha conservato abbastanza intatta la veste originaria – almeno sino alle trasformazioni degli anni Trenta – grazie alle dismissioni dell'istituto manicomiale imposte dalla legge n. 180 del 1978 e alla successiva e definitiva chiusura delle sue strutture decretata nel 1994 e attuata nel 1996.

Se l'indifferenza degli studiosi è durata così a lungo anche verso la storia degli ospedali psichiatrici, qualche altro grave motivo deve esserci pur stato. Tanto più che negli ultimi quarant'anni una cultura patrimoniale,

voracemente bulimica davanti a qualunque testimonianza del passato, ha promosso come bene culturale e portato alla ribalta molti nuovi generi edilizi, per lo più di natura utilitaria, sollecitando la riflessione storica su di essi, a fianco di sterminate e spesso inconcludenti schedature, periodicamente rinnovate. Molti storici dell'architettura accolsero quelle sollecitazioni, ma più per l'opportunità che si apriva ai giovani studiosi, come sempre ai margini del mercato del lavoro intellettuale, che per una convinta adesione a quel nuovo genere di indagini.

In effetti, la storia dell'architettura è considerata, per tradizione, una disciplina volta a dare un senso, un significato alla successione delle ricerche sulla diversa conformazione degli spazi e degli involucri edilizi nel corso del tempo, sulle differenti reciproche interrelazioni tra gli oggetti costruiti, e, più in generale, sulle varie modalità di trasformazione fisica dei territori. Accanto allo studio dei manufatti, essa si occupa anche della storia delle idee che hanno promosso quei modi diversi di concepire spazi, involucri e trasformazioni territoriali. Ovviamente, per affrontare questi temi, la disciplina deve appoggiarsi strumentalmente a molte altre, che studiano specialisticamente i singoli aspetti della natura dei manufatti (la costruzione; la tecnologia; la funzione, ossia le ragioni della loro articolazione interna; l'economia; le norme; la politica; e via dicendo), senza i quali l'architettura non potrebbe essere realizzata. Tuttavia, il cosiddetto *core business* della storia dell'architettura resta sempre, per tradizione, ancorato alle trasformazioni nel corso del tempo della forma degli spazi, degli involucri e delle modificazioni fisiche del territorio. Essa è, dunque, per definizione inter-tipologica, nel senso che si occupa di quelle trasformazioni indipendentemente dalla funzione dell'oggetto architettonico studiato, sia esso una chiesa, un palazzo, una villa, una scuola, un museo, una fabbrica, e così via.

Quando la moderna cultura patrimoniale dei beni storici ha incominciato a riconoscere un valore a specifiche categorie di manufatti edilizi, al di là delle loro qualità artistiche, ma solo come testimonianza di vita trascorsa (per lo più di carattere produttivo o sociale), si è posto immediatamente il problema del rapporto tra la storia dell'architettura, come sopra intesa, e la storia delle specifiche tipologie edilizie (la fabbrica, con le sue molteplici sotto-articolazioni produttive; l'ospedale, con le

relative specializzazioni funzionali; l'edificio per uffici; quello scolastico; la stazione ferroviaria e marittima; i fari, ecc.).

Come risolvere la contraddizione inerente ai due differenti approcci disciplinari, che già Geoffrey Scott aveva rilevato, parlando di "mechanical fallacy" nella sua studio sulla storia dell'architettura rinascimentale¹? Nella sua tesi dottorale in archeologia del 2003 presso la Flinders University di Adelaide (Australia) Susan Piddock ha dimostrato con ampia documentazione che gli spazi e gli involucri edilizi – in una parola, l'architettura – degli ospedali psichiatrici otto-novecenteschi da lei analizzati in Inghilterra e Australia sono stati sempre progettati in funzione terapeutica, in base alle indicazioni degli studi medici del tempo². In una storia della tipologia degli ospedali psichiatrici, l'ottica della terapia dello spazio per la cura degli alienati mentali dovrebbe risultare, dunque, la più pertinente per interpretare in modo appropriato il valore di un manufatto di quel genere e per collocarlo in una sequenza temporale significativa di costruzioni analoghe, in parallelo a quella degli studi medici che ne costituivano le premesse concettuali, anche se per la storia architettonica quegli spazi e quegli involucri edilizi potrebbero non avere alcun significato di rilievo.

Questo problema di metodo ha una lunga storia in Italia. La nuova cultura patrimoniale dei beni culturali l'ha riportato solo di attualità. Esso può essere fatto risalire alla polemica giovannoniana del 1938 contro Adolfo Venturi³. «[...] la tecnica, che nelle arti è mezzo, facile o no, ma servo del pensiero artistico,» scriveva Gustavo Giovannoni «nell'architettura trovasi in immediato rapporto con lo stesso scopo positivo dell'opera, che è di elevare fabbriche utili valendosi di materiali e di procedimenti concreti»⁴. Da quel suo convincimento sembrava potersi inferire che la storia dell'architettura dovesse manifestarsi in larga misura proprio nell'evoluzione dei «"tipi" e degli impianti tecnici»⁵, come scrisse Bruno Zevi nella voce "Architettura" dell'*Enciclopedia Universale dell'Arte*. Ma probabilmente Giovannoni non intendeva spingersi sino a quel punto. Guido Zucconi, ad esempio, ha parlato di una posizione intermedia di Giovannoni tra «il positivismo di Choisy e l'estetismo di Venturi»⁶. Tuttavia non risulta ancora chiaro come quella medietà avrebbe potuto tradursi in un riconoscibile metodo storico, capace di produrre una storia dell'architettura "diversa" da quella, ad esempio, di Geoffrey Scott o Vincent Scully, e, sul versante opposto, da quella di Auguste Choisy o Banister Fletcher.

Ancor oggi, mi sembra che la sintesi tra la storia dell'architettura e la storia delle tipologie architettoniche non sia altro che una promessa, un generoso auspicio, perché gli estremi di quella presunta mediazione continuano a essere poli attrattori alla cui influenza pare molto difficile sottrarsi. La frequentemente praticata storia documentaria del cantiere, ad esempio, non ha risolto la questione, per il semplice motivo che non ha ancora elaborato strumenti interpretativi, unificanti dell'universo dei cantieri, che siano interni alla cultura architettura e non tratti dall'esterno, qual è, appunto, la storia tecnologica e costruttiva. Ugualmente, la storia delle tipologie architettoniche deve ancora fondarsi su criteri desunti da storie "altre" rispetto alla disciplina architettonica, come quelli della storia del lavoro, della scienza, della cultura o delle tecnologie lavorative.

Di fronte a questa serie di eccezionali difficoltà concettuali non può sorprendere la cautela, se non proprio la diffidenza degli storici dell'architettura nell'affrontare l'indagine storica delle tipologie edilizie e in particolare di quei manufatti troppo marcatamente utilitari o, meglio, troppo profondamente segnati dalle ragioni utilitarie. Eppure, nonostante queste difficoltà, la ricerca storiografica in architettura non può evitare di attestarsi anche su quelle frontiere, su quei margini, troppo a lungo disertati, rappresentati da manufatti utilitari, che una perdurante sensibilità idealistica ha sempre tenuto alla larga rispetto all'architettura aulica. E più ragioni giustificano la necessità di praticarli.

Anzitutto, perché quei territori di frontiera rappresentano ormai quasi gli unici giacimenti ancora da esplorare. Non è escluso che in essi potremmo scoprire qualche manufatto prezioso capace di arricchire, precisare e forse anche in parte modificare il disegno di qualche scenario della storia architettonica.

Inoltre, la nostra visione del manufatto architettonico, diversa da quella di altri specialismi, potrebbe arricchire la comprensione degli spazi e delle strutture edilizie anche da parte degli studiosi di altre discipline. È interessante pensare, ad esempio, alle possibili ricadute positive di una serrata dialettica tra le diverse interpretazioni dell'architettura degli ospedali psichiatrici da parte degli storici dell'architettura e di quelli della psichiatria. Entrambe le discipline avrebbero nuovi spunti di riflessione per affinare la loro interpretazione dei casi di studio.

Riguardo la soluzione del problema di metodo su richiamato non posso, comunque, che dichiararmi ancor oggi piuttosto scettico, nonostante,

o forse proprio perché sin dalla fine degli anni Settanta ho cominciato a praticare personalmente qualcuno di quei territori di frontiera inesplorati, di cui prima si è detto, accorgendomi ben presto di non fare storia dell'architettura, affrontandoli, ma storia *tout court*. L'esperienza fu oltremodo preziosa e periodicamente la riprendo, perché la contaminazione disciplinare è sempre una sfida molto utile per stimolare il necessario e vitale aggiornamento di ogni specialismo, compreso quello della storia architettonica, senza per questo dover rinunciare al proprio *core business* disciplinare.

È alla luce di queste considerazioni che ho letto e potuto apprezzare la ricerca di Raffaele Giannantonio, dedicata all'"architettura della città dolente", titolo evocativo e programmato al tempo stesso. Lo studio ricostruisce le complesse vicende dell'edilizia psichiatrica nazionale e internazionale, con una finestra particolare dedicata a quella abruzzese, in cui si intrecciano, sullo sfondo sempre presente di uomini e donne sofferenti – i veri protagonisti di questo racconto – storie molteplici di personaggi, progetti e costruzioni. La multidisciplinarietà è il timbro fondamentale di questo lavoro interessante, che tratta l'insieme della storia in esame non come una successione ordinata e statica di specialismi diversi, bensì come una rete dinamica di interrelazioni disciplinari. Ne scaturisce, così, un racconto denso di vita palpitante, in cui spesso si riconosce l'autore, coinvolto in prima persona con i suoi sentimenti, la sua indignazione e la sua dolente partecipazione.

Il quadro storico, ricostruito da Raffaele Giannantonio, si inserisce organicamente in un filone di ricerche sulla storia dell'edilizia psichiatrica italiana, il cui centro propulsore è un gruppo di studiosi di diversi atenei, coordinati da Cettina Lenza della Seconda Università degli Studi di Napoli. I risultati previsti di questi studi forniranno una radiografia completa del patrimonio ospedaliero psichiatrico italiano, gettando le basi per ulteriori studi storici specialistici sulle varie tematiche implicate nella ricerca.

Intanto, il lavoro di Giannantonio è il primo a uscire a stampa. Per l'ampio respiro della sua trattazione, esso si pone, tra l'altro, anche come una vera e propria introduzione all'intero complesso di ricerche coordinato da Cettina Lenza, alcune delle quali sono ancora in fase di completamento. Dunque, tra solo qualche mese potremo scrivere che il Catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale ha finalmente registrato almeno un titolo sotto le chiavi di ricerca "Ospedali psichiatrici (o Ma-

nicomi) – Architettura – Storia" (quello di Raffaele Giannantonio), iniziando a colmare un vuoto di conoscenze su temi di grande interesse generale e a provocare ricadute, che, oltre alle prevedibili conseguenze positive sulle discipline storiche coinvolte in questi studi, potranno dare anche un contributo importante al dibattito sui rilevanti problemi di metodo che abbiamo segnalato.

ALDO CASTELLANO

Politecnico di Milano, febbraio 2013

Note

1. GEOFFREY SCOTT, *The Architecture of Humanism. A Study in the History of Taste*. London, Constable and Co., 1914; New York, W. W. Norton & Co., 1999, pp. 79-96.
2. La tesi dottorale del 2003, *A Space of Their Own: 19th Century Lunatic Asylums in England and Australia*, è stata poi pubblicata in SUSAN PIDDOCK, *A Space of Their Own. The Archaeology of Nineteenth Century Lunatic Asylums in Britain, South Australia, and Tasmania*, New York, Springer, 2007.
3. GUSTAVO GIOVANNONI, Recensione al libro di A. VENTURI, *Architettura del Cinquecento*, Milano 1938, in "Nuova Antologia", LXXIII, 1589 (1 giu. 1938) 344-350.
4. GUSTAVO GIOVANNONI, *Il metodo nella storia dell'architettura*, in "Palladio", III, 2 (1939) 77.
5. Vedi Bruno Zevi, voce "Architettura", in *Enciclopedia Universale dell'Arte*. Roma, Istituto per la Collaborazione Culturale, 1958, vol. 1, coll. 650-651.
6. GUIDO ZUCCONI, «Dal capitello alla città». *Il profilo dell'architetto totale*, in GUSTAVO GIOVANNONI, *Dal capitello alla città*, a cura di Guido Zucconi, Milano, Jaca Book, 1996, p. 31.

INTRODUZIONE

L'ospedale psichiatrico è stato in questi anni criticato nei compiti assistenziali e curativi, smascherato quale strumento di pura custodia, considerato luogo inadatto e sconveniente per la gestione della controversa figura della "malattia mentale". Il concetto di manicomio come luogo della costruzione e della riproduzione della malattia mentale, come luogo senza ritorno è stato nel nostro paese abolito dalle leggi di riforma dell'assistenza psichiatrica, rappresentando la prima misura che si è rivelata capace di garantire il ritorno e di avviare processi efficaci di prevenzione. «Un malato di mente entra nel manicomio come 'persona' per diventare una 'cosa'. Il malato, prima di tutto, è una 'persona' e come tale deve essere considerata e curata (...) Noi siamo qui per dimenticare di essere psichiatri e per ricordare di essere persone», ripeteva il nuovo Direttore ai medici ed agli infermieri del suo manicomio.

L'argomentare su esposto ci riconduce al ricordo dei luoghi manicomiali antecedenti alla legge Basaglia, in cui l'architettura fortemente anonima portava a pesanti distorsioni peggiorative dello spazio vissuto da migliaia di pazienti psicotici, aggravando le loro condizioni psichiche. Strutture assimilabili alla definizione data dall'antropologo Marc Augé di *non-luoghi*, in cui non c'è spazio per un'identità, posti in cui varie individualità si incrociano senza entrare mai in relazione. Marc Augé ne evidenzia un aspetto che oltre spazio dell'anonimato, ne riporta quello che chiama processo di costruzione delle solitudini, affermando che il perfetto non luogo è quello dove le relazioni sociali sono tutte completamente decifrabili attraverso l'osservazione; ma in questi luoghi non c'è libertà, la residenza è assegnata; si tratta di spazi dove la condizione normale è quella di essere soli. Appropriato è il riferimento al concetto di "*eterotopia*" coniato da Michel Foucault ed attribuito ai luoghi delle istituzioni totali «... quei luoghi che non necessitano di riferimenti geografici, sono luoghi dell'attraverso, spazi di crisi e di condensazione dell'esperienza». Spazi in cui la realtà si fonda su sé stessa, e dove l'anima dell'uomo sembra non lasciare impronta, dove non ci sono contatti con i luoghi oscuri che rappresentano il mondo interiore.

Basaglia ha avuto subito chiarissimo in mente che non potrà esserci mai manicomio come luogo di cura, affermando in modo irreversibile il diritto ad essere curati senza essere "*rinchiusi*".

Nei luoghi si entra e si esce, c'è una continua influenza dell'esperienza esteriore nel proprio mondo interno. Diversi sono gli approcci nel campo della psiche che danno varie interpretazioni alla comprensione dei meccanismi psichici coinvolti nella relazione con lo spazio, dalla psicoanalisi, alla psicologia analitica, ed alla psichiatria fenomenologica.

Lo psicoanalista statunitense Harold F. Searles, esponente della psicologia dell'io, prende spunto dal pensiero di Melanie Klein e Wilfred Bion, evidenziando l'interazione tra l'uomo e il suo *habitat* non umano, attraverso la sua esperienza nella psicoterapia delle psicosi schizofreniche. Nel suo testo *L'ambiente non umano* (1960) egli esplora quella che definisce la colleganza tra uomo e ambiente non umano, ossia un senso di intima affinità fra i processi della vita umana e quelli ambientali, costituiti dal mondo vegetale, gli animali, le strutture architettoniche degli ambienti domestici ed extra-domestici. Searles sostiene, in continuità con il pensiero di Winnicott a proposito di "*set-up uomo-ambiente*", che all'alba della vita post-natale vi sarebbe una fusione totale non solo con la madre (l'ambiente umano), ma anche con l'habitat inanimato che circonda il bambino, formulando il concetto di *colleganza*. E' in tale interazione che si costituirebbe il senso della propria individualità come esseri umani, quando il senso di colleganza è vissuto in maniera sana, contribuendo in tal modo allo sviluppo e al funzionamento della personalità. Nello sviluppo delle schizofrenie il rapporto armonico con l'ambiente si verrebbe a perdere, si assiste di conseguenza ad una regressione identificativa col non umano, permettendo ai pazienti di ritirarsi e difendersi da situazioni emotive troppo dolorose. Dunque l'attenzione ad una equilibrata relazione con le strutture abitative quotidiane, secondo Searles, porta ad un benessere psichico ed allevia diversi stati emotivi carichi di angoscia, contribuendo al raggiungimento dell'autorealizzazione e rafforzando il senso di realtà, proficuo al riconoscimento e all'accettazione dei propri simili.

Basaglia stesso guardava con interesse alle correnti psichiatriche di origine fenomenologica ed esistenziale di autori come Jaspers, Minkowski, Binswanger. La psichiatria fenomenologica si inserisce in quest'argomentazione dalla sua prospettiva nel cogliere l'uomo nella sua interezza e originaria co-appartenenza col suo mondo vissuto; tale approccio è

influenzato dall'interpretazione heideggeriana dell'uomo come *In-Der-Welt-Sein* (essere nel mondo), per cui l'uomo non è (*ist*) al mondo come lo sono le cose materiali, ma si dà (*es gibt*) un mondo attraverso il proprio modo di dare significatività allo spazio e al tempo del proprio vissuto. Binswanger attribuisce rilevanza allo spazio *espressivo*, spiegandolo con il concetto di spazio vissuto, che pone in relazione il Sé con lo spazio esterno. Distingue lo spazio puramente *oggettivo*, misurabile dalle scienze naturali, dallo spazio *antropologico*, in cui l'uomo realizza un proprio spazio a partire dalla distanza e prossimità dalle cose del mondo, inserendosi come presenza con la propria progettualità. L'abitare non è dunque una semplice funzione fisiologica da soddisfare, ma richiama le sfere più profonde del nostro essere - nel mondo, non solo come corpo che ho (*Körper*, o corpo fisico) ma come corpo che sono (*Leib*, o energia).

Se per gli esseri umani è naturale *costruire, abitare, pensare* è perché la mente è assimilabile ad una struttura architettonica, è il luogo nel quale convergono la complessa organizzazione e stratificazione di memorie, relazioni, intenzioni, dinamiche che comprendono la vita cosciente, e che vengono proiettate all'esterno. Percepire, valutare e rappresentare gli spazi abitativi significa innescare processi psichici di natura affettiva e cognitiva che danno significato al rapporto interno-esterno. Psicoanalisi e architettura risultano in questa prospettiva fortemente interconnesse occupandosi entrambe del rapporto dentro-fuori, è rilevante quindi il contributo al benessere psichico ed emotivo anche da parte di chi progetta strutture abitative. Casa, e il concetto di "abitare", sono condizioni fondamentali per la sopravvivenza psichica ed il riferimento è all'identificazione individuale e sociale di ogni uomo. È interessante riportare un'espressione di James Hillman a proposito del concetto di architettura in cui definisce quest'ultima come un'attività della psiche e dell'immaginazione, la quale dà riparo e nutrimento all'immaginazione stessa, serve a stimolarla, discostandosi al tempo stesso da una visione puramente oggettiva di un'architettura che fornisce riparo al corpo. In quest'accezione si disvela la figura dell'architetto come, sempre secondo J. Hillman, il vero psicologo archetipico delle comunità, in quanto *architettura* contiene nel suo etimo le *archai*, ossia i principi fondamentali che governano il cosmo, utilizzando sapientemente le quali, accade che il «piacere sia concesso a chi partecipa al prodotto, perché nelle *archai* ci sentiamo a casa».

Si potrebbe pensare alla psicoanalisi come una metafora dell'architettura stessa, in quanto fa riferimento alla topografia della nostra vita psichica ed emotiva, e l'architettura come una metafora della psicoanalisi, che proietta la mente umana all'esterno, nel cosiddetto "spazio esterno" che diventa abitativo per la nostra anima. La famosa "chiave di volta" requisito indispensabile e presupposto teorico della progettazione degli edifici abitativi, diventa in termini psicoanalitici una chiave di accesso per la comprensione del rapporto tra la nostra psiche e l'organizzazione pratica di come ci rappresentiamo il mondo esterno. Vi è un paradigma che impera ultimamente nell'architettura moderna e che sta generando una stretta interazione tra l'architettura e vari ambiti della medicina: «Lo spazio non è qualcosa di neutro, ma è un vero e proprio generatore di stati di coscienza».

La riforma dell'assistenza psichiatrica e la chiusura dei manicomi ha riportato in scena persone e storie, bisogni e relazioni e ha decostruito di fatto i luoghi vecchi e nuovi della psichiatria. Così che un progetto di una struttura per la salute mentale può farsi, se comprende il senso di questo passaggio e se fonda sul lavoro critico degli psichiatri e degli architetti intorno ai saperi, alle tecniche, ai contesti in cui operano. I nuovi luoghi, dagli ambulatori alle comunità terapeutiche, dai servizi psichiatrici ospedalieri ai centri diurni, ai *day hospital*, ai centri di salute mentale non possono non prevedere, e istituire, la presenza, il passaggio, l'ospitalità delle persone. La riproposizione di luoghi per la malattia, per le tecniche, per i trattamenti è il rischio che occorre massimamente evitare.

È così giunto il momento di ripercorrere, con il necessario distacco, le linee essenziali delle esperienze manicomiali, cercando di illuminarne il complesso senso e l'ambiguo ruolo non solo in rapporto all'ideologia psichiatrica ma alle esigenze storiche, sociali, politiche e culturali che l'hanno improntata.

MASSIMO DI GIANNANTONIO

*Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti e Pescara,
febbraio 2013*

NELLA CITTÀ DEL DOLORE
ESPERIENZE MANICOMIALI IN ABRUZZO TRA OTTO E NOVECENTO

PARTE PRIMA

di Raffaele Giannantonio

*Il manicomio è una grande cassa
con atmosfere di suono
e il delirio diventa specie,
l'anonimità misura,
il manicomio è il monte Sinai
luogo maledetto
sopra cui tu ricevi
le tavole di una legge
agli uomini sconosciuta.*

ALDA MERINI,
Il manicomio è una grande cassa,
da *La terra santa e altre poesie,*
Manduria, Lacaïta, 1984

PREMESSA

L'architettura della città dolente

Il presente studio è un atto di amorosa solidarietà per chi, fino a poco tempo fa, era definito correntemente "alienato", "folle", "matto", "pazzo" o "mentecatto" da chi non percepiva il disprezzo annidato nella parola riferita ad un essere inferiore, se non ad una specie inferiore. Sono parole che noi dovremo usare nelle righe a seguire: saranno però semplici termini di riferimento al modo in cui codesti esseri umani sono stati chiamati per molto tempo nelle leggi, nelle deliberazioni, nelle lettere, nelle frasi rivolte a favore o, molto più spesso, contro di loro. Chi ha assistito al processo degenerativo che la senescenza impone talvolta alla mente sa bene che il confine

tra "follia" e "normalità" è molto sottile, che la capacità razionante è qualcosa di fragile ed oscuro, estremamente soggettivo e nel contempo collettivo e stratificato: «Padre, che muori tutti i giorni un poco, e ti scema la mente e più non vedi»¹. Chi si è offerto come volontaria preda alle passioni sa quanto la "normalità" sia loro estranea: «Se non ricordi che

Amore t'abbia mai fatto commettere la più piccola follia, allora non hai amato»². Chi osserva dall'esterno la folla solitaria composta dalla società attuale sa come la "follia" sia spesso una questione di prospettiva: «La follia, mio signore, come il sole se ne va passeggiando per il mondo, e non c'è luogo dove non risplenda»³. Eppure nell'esercito dei diversi senza patria né famiglia furono in passato reclutate varie figure di "diversi" rispetto alla morale ed all'etica borghese, tutti sofferenti a causa di Saturno, dai «bisognosi ed errabondi» sino ai «pazzi incurabili».

A proposito, poi, del rapporto fluttuante ed esiziale tra arte, "follia" e psichiatria, basterebbe citare le vicende esistenziali di Vincent van Gogh, Dino Campana o Ernest Hemingway, casi esemplari delle tragiche difficoltà rivelate dalle terapie psichiatriche nel comprendere e curare menti che erano teatro del processo creativo e della sua complessa fenomenologia⁴. Vincent van Gogh, considerato l'artista "malato" per antonomasia, manifestò i propri disturbi prima dei trent'anni. Essi vennero interpretati secondo numerose ricostruzioni ed ipotesi diagnostiche, basate in primo luogo sulle lettere scritte al fratello Théo⁵. Vincent si fece ricoverare volontariamente l'8 mag-

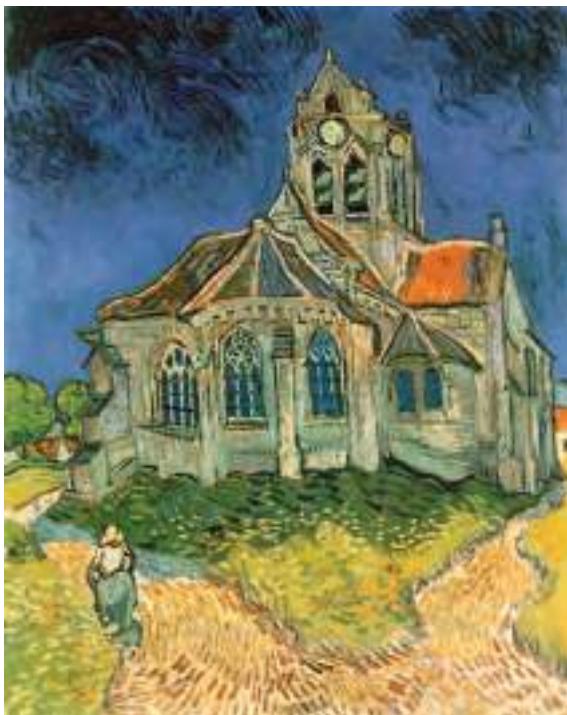


A sinistra: Albrecht Dürer, *Melencolia I*, incisione a bulino (1514).

In alto: Vincent van Gogh, lettera al fratello Théo, Saint-Rémy-de-Provence, 2 Settembre 1889.

gio 1889 nella *Maison de santé* di Saint-Paul-de-Mausole, una struttura conventuale adibita a ospedale psichiatrico nel territorio di Saint-Rémy-de-Provence, a venti chilometri da Arles, dove i pazienti erano sottoposti ad una semplice cura consistente in due bagni settimanali⁶. Una volta dichiarato guarito dal direttore della clinica, il 16 maggio 1890 il pittore lascia la *Maison de santé* per raggiungere Théo a Parigi, sistemandosi nel vicino villaggio di Auvers-sur-Oise. È qui che, nella notte del 28 luglio seguente, Vincent muore in seguito ad un colpo di rivoltella al petto che egli stesso si era sparato il giorno precedente⁷. L'atteggiamento nei confronti della follia è decisamente singolare, tanto che lo stesso pittore affermava: «Se son pazzo, pazienza, ma preferisco la mia follia alla saggezza degli altri»⁸. A tal proposito di recente Giordano Bruno Guerri è giunto a dubitare dell'esistenza stessa della "pazzia"

A destra: Vincent van Gogh, *L'église d'auvers-sur-Oise* (1890).



di Vincent van Gogh⁹.

Diverso rapporto ebbe invece con il *disease* e con le case di cura Dino Campana, il cui "male oscuro", «manifestatosi sin dal 1900 con un'impulsività brutale, morbosa, in famiglia e specialmente con la mamma»¹⁰, si esprime attraverso l'irrefrenabile bisogno di fuggire e di abbandonarsi al disordinato vagare, entrambi considerati dalla famiglia e dall'autorità pubblica un segno lampante di pazzia e quindi, secondo il sistema psichiatrico del tempo, perseguiti con l'arresto ed il ricovero coatto in manicomio¹¹. Il 5 settembre 1906 viene internato per la prima volta ad Imola, dove i medici lo dichiarano ufficialmente "matto", decretandone la perdita dei diritti civili. Al ritorno dall'oscuro viaggio in Argentina, presso una famiglia di lontani parenti emigrati, ed in Uruguay, viaggio compiuto per liberarsi dall'odiato paese natio e dall'insanabile conflitto con la madre, l'8 aprile 1909 viene arrestato e ricoverato nel manicomio di Firenze. Tornato libero e ripresa l'esistenza errabonda, l'anno seguente viene arrestato a Bruxelles ed internato il 20 febbraio nella *maison de santé* di Tournay. L'esperienza con i Futuristi sembra arrecare ulteriore danno al suo sistema nervoso, specie a causa dello smarrimento del manoscritto de *Il più lungo giorno* per colpa di Papini e Soffici, direttori di "Lacerba", ai quali il prezioso documento era stato consegnato. Esasperato dal continuo rimpallo di responsabilità, Campana minaccia addirittura di raggiungere Firenze per farsi giustizia a coltellate sull'"infame" Soffici e sugli "sciacalli" suoi sodali. Per ricomporre il testo del manoscritto, che verrà rinvenuto nel 1971 nella soffitta della casa di Ardengo Soffici a Poggio a Caiano, dove forse era stato abbandonato e dimenticato¹², Campana compie un grave sforzo: con disperata tenacia, riscrive il suo libro, affidandosi alla memoria ed alle minute. Finalmente, il 7 giugno 1914, firma con un editore di Marradi il contratto per la stampa di mille copie dei *Canti Orfici*, a sue spese. Con l'entrata in guerra dell'Italia, Campana, di per sé neutralista, viene esonerato dal servizio militare, ufficialmente per problemi di natura fisica, ma in realtà perché segnalato quale malato psichiatrico cronico. Nell'estate del 1916 incontra Sibilla Aleramo, unico e disperato amore della

sua vita, conclusosi agli inizi dell'anno seguente tra scenate tremende di Campana, un suo arresto (11 settembre 1917) e la scarcerazione avvenuta grazie all'intervento della scrittrice. Il 12 gennaio 1918 il poeta, definitivamente riformato, viene inviato all'istituto San Salvi di Firenze per malattie mentali ed internato nel vicino manicomio di Castel Pulci in Badia a Settimo, presso Scandicci: la sua ultima residenza. Qui dal 1926 riceve le frequenti visite dello psichiatra Carlo Pariani, che diventerà il suo biografo, il quale conferma la grave diagnosi: ebefrenia, una forma incurabile di psicosi schizofrenica¹³. Il 1° marzo 1932 Campana muore nel cronario, il rifugio finale per i matti "inguaribili", a causa



di una «setticemia primitiva acutissima o infezione microbica diretta e virulenta del sangue», probabilmente causata del ferimento con un filo spinato avvenuto durante un tentativo di fuga, l'estremo. In sostanza, sebbene a proposito di Campana si evochi costantemente l'immagine del "poeta maledetto", il diamante folle che brilla su di lui non ne costituisce il presupposto del fare poetico quanto piuttosto il naturale approdo nella terra della libertà totale, disgregatrice di ogni convenzione sociale.

Nello stesso anno in cui Dino Campana veniva ricoverato nell'ultimo frenocomio della sua vita, Ernest Miller Hemingway si trovava sul fronte italiano dopo essersi arruolato



In alto: Dino Campana a 43 anni.

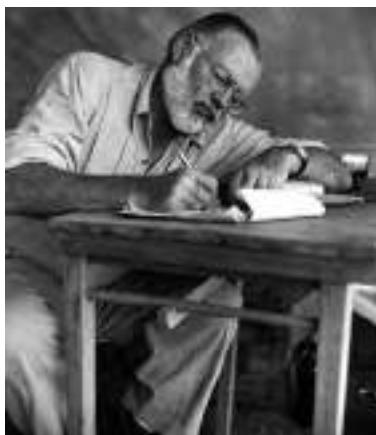
A sinistra: Giuseppe Zocchi, Villa di Castel Pulci (incisione di F. Morghen, 1744).

A destra: Ernest Hemingway in uniforme (1918).

In basso: Ernest Hemingway in Kenya (1953 ca.).

Nella pagina a fianco: a sinistra, autoritratto di Antonin Artaud (1947); a destra, *Melancholia e Raving Madness*, disegno per il portale di entrata del nuovo Bethlem Hospital (Caius Gabriel Cibber, 1680).

come autista di ambulanze della Croce Rossa. A Fossalta di Piave viene ferito ad una gamba dalle schegge di un proiettile e operato più volte in un ospedale di Milano. Guarito dopo tre mesi, decide di ritirarsi dalla Croce Rossa per combattere nelle file dell'esercito italiano sino all'armistizio. Tornato in patria, nonostante i molti onori ricevuti, fa fatica a reintegrarsi nella vita civile, iniziando a soffrire d'insonnia ed a bere. Riparte allora per l'Europa per seguire la guerra greco-turca ma quando invita la moglie a seguirlo Elizabeth Hadley Richardson smarrisce tutti i manoscritti del marito. Il suicidio del padre, che nel 1928 si spara alla testa, sembra aggravare il "mal di vivere" dello scrittore, che affiora dopo le avventure vissute nel corso della prima guerra mondiale. Inoltre, a dispetto dei tanti successi e riconoscimenti, tra cui il Nobel per la letteratura conferitogli nel 1954, la salute di Hemingway viene minata da numerosi infortuni, tra cui il duplice incidente aereo in Africa, durante il quale, nel tentativo di sfondare un portello con la testa, riporta danni dai quali non riuscirà più a riprendersi. Durante il 1957 Hemingway inizia a soffrire di forte depressione e l'anno seguente rivela i sintomi di una mania di persecuzione. Nonostante ciò, in aprile si reca a Ketchum, nell'Idaho, dove ricava beneficio dalle cure di George Saviers, medico del "Sun Valley Hospital", di cui diviene amico, tanto da decidersi ad acquistare una villa a due piani fuori dell'abitato per potersi dedicare allo scrivere con la necessaria tranquillità. Dal 1960 i segni di squilibrio mentale di-



a Ketchum e riprende a fatica il lavoro. Tre mesi dopo tenta di sottrarre di nascosto un fucile, ma la moglie riesce ad impedirglielo. Saviers lo conduce di nuovo alla clinica Mayo, dove viene sottoposto ad altri *elettroshock*; resta in ospedale

per circa due mesi, chiuso in una stanza senza oggetti, ma il 26 giugno venne dimesso "clinicamente guarito". Il 2 luglio, Mary viene svegliata da un forte colpo: Hemingway si è sparato alla tempia con un fucile, ed è morto. Contro la cura delle scariche elettriche, ed in generale contro il sistema cui era affidata la cura dei malati di mente, considerato un aspetto della cultura ufficiale e della civiltà occidentale, si scaglia Antonin Artaud, internato dal 1937 al '46 e sottoposto negli ultimi tre anni a 51 *elettroshock*¹⁶. Nel 1925 egli pubblica

ventano intanto sempre più evidenti, in particolare i grandi vuoti di memoria determinati dalle crisi maniaco-depressive che lo rendevano sospettoso di tutto e di tutti. Il 22 ottobre ritorna a Ketchum, ma stavolta la situazione non migliora: è assolutamente convinto di essere pedinato dall'FBI e vede ovunque agenti federali¹⁴. Dopo un colloquio con uno psichiatra, Saviers si convince della necessità di un ricovero dello scrittore ed il 30 novembre parte con lui in aereo alla volta della clinica Mayo nel Minnesota. Per curare l'emocromatosi che gli viene diagnosticata, Hemingway, nonostante l'alta pressione di cui soffre a causa del diabete, subisce oltre venti *elettroshock*, che gli provocano afasia e perdite di memoria¹⁵. Il 22 gennaio 1961, dimesso dalla clinica, fa ritorno

una *Lettera ai direttori dei manicomi*, con la quale denuncia la disumanità e la distanza che gli psichiatri impongono ai pazienti e la realtà dei frenocomi, ove «i detenuti forniscono la loro manodopera gratuita e utile, nella quale le sevizie sono la regola», anticipando molti dei temi principali di quell'«antipsichiatria» che si affermerà negli anni Sessanta¹⁷.

Più in generale, della mente umana nella sua struttura e nei suoi processi e funzioni i «normali» si sono interessati dai tempi più remoti, con studi e ricerche che ne analizzano le manifestazioni «patologiche» e comunque discordanti dalla norma comportamentale. Lo stesso vale per le opere architettoniche teatro di tali vicende, come dimostra oggi il PRIN che la Facoltà di Architettura dell'Università di Napoli ha voluto dedicare all'argomento.



In effetti lo studio dell'architettura dei manicomi tra Ottocento e Novecento e le esperienze che in quello stesso periodo si consumano in Abruzzo come in Italia coincidono con l'analisi dei rapporti tra psichiatria ed architettura. La psichiatria, in quanto branca medica specialistica, è infatti una disciplina recente, la cui storia è parallela a quella del «Manicomio»¹⁸. Si può anzi affermare che la psichiatria nasce nella fase storica in cui la pazzia, pur essendo ritenuta una «condizione anomala dell'individuo (...) spesso confusa con altri disturbi del comportamento come quello dell'indemoniato o dei dissoluti e depravati»¹⁹, inizia ad essere considerata una vera e propria malattia potenzialmente curabile in strutture idonee. Sebbene il «pazzo» ed i suoi comportamenti «diversi», non inquadrabili dalla società in una categoria ordinata avessero attirato l'attenzione dei medici già dal periodo classico, solo con l'Illuminismo s'intraprende lo studio del disturbo mentale quale

condizione patologica, che però produce la necessità di segregare tale nuovo tipo di malato in un luogo chiuso e possibilmente isolato dalla società stessa. Dalla seconda metà del XVIII secolo termina dunque quella sorta di «raccolta indifferenziata» delle categorie di individui che in Europa la so-



cietà escludeva dal proprio consesso²⁰; nel contempo si assiste alla nascita di strutture separate dagli ospedali generali e specificamente rivolte alla cura delle malattie mentali. Sorgono quindi i primi *Asylums* in Inghilterra, le *Maisons o Asiles des aliènes* in Francia e i «Manicomi» in Italia, «istituzioni totali»²¹



A sinistra: Albrecht Dürer, copertina della *Narren Schiff* (*Nave dei Folli*, *Stultifera navis*) pubblicata nel 1494 a Basilea da Sebastain Brandt.

che, nelle parole di Goffman, vengono fondate «a tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi, rappresentano un pericolo – anche se non intenzionale – per la comunità»²². I primi episodi di architettura manicomiale in Italia, sebbene sorti «per spinta spontanea o per iniziative singole e comunque non coordinate»²³, possiedono caratteri comuni, dall'organizzazione degli spazi agli arredi, tenacemente modellati sul concetto di forza, pesantezza, isolamento, oppressione, «per



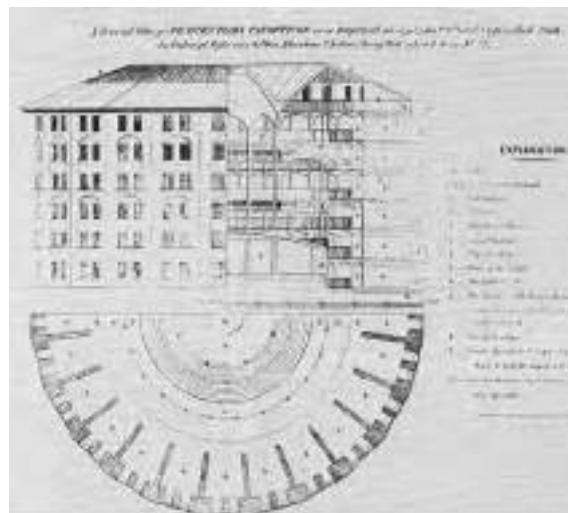
Sopra, a sinistra:
Bethlem Hospital at
Moorfields, Londra,
veduta aerea del
XVIII secolo.

Sopra, a destra:
schema del
Panopticon (1791).

ricordare ad ogni ora, ad ogni minuto al malato e al medico, all'infermiere ed al raro visitatore, "questa è la casa dei pazzi"»²⁴.

Il "Manicomio" del XIX secolo si configura quindi come «uno spazio chiuso, senza orizzonte, separato dal mondo, squallido, spoglio, soffocante, abitato da individui stravolti e esagitati»²⁵. In Italia è frequentemente ospitato in vecchi fabbricati adattati alla meglio alla nuova destinazione d'uso, i cui ambienti formano «un mondo astorico e senza tempo»²⁶, affetto da gravi carenze igieniche determinate dalla ventilazione insufficiente e dai sistemi primitivi di riscaldamento, ma anche dalle squalide latrine che formavano i servizi.

Problematica fondamentale in tali strutture è il controllo visuale quale strumento principe di una totalizzante e violenta aspirazione alla vigilanza assoluta; nei vari manicomi i fabbricati adibiti al ricovero dei "pazzi" sono infatti costituiti da ambienti nei quali è difficile trovare angoli che lo sguardo del sorvegliante non possa raggiungere e nel contempo risulti impossibile per il malato osservare la realtà esterna. Le prime strutture si impiantano infatti su «poderosi monumentali quadrilateri»,



tanto da apparire «un insieme di caserma e prigione». Anche i cortili erano circoscritti «da mura altissime, allo scopo di togliere qualunque comunicazione visiva con l'esterno, e per attutire il rumore continuo delle grida dei malati». Sempre a tale riguardo, nei primi esempi di "Manicomio" viene adottato lo schema del *Panopticon*²⁷, costituito da un corpo esterno per le celle a forma di anello e da una torre centrale tagliata da larghe finestre rivolte verso la parete interna del corpo anulare. A loro volta le celle possiedono due finestre, delle quali una, rivolta verso l'interno, è posta in asse con la corrispondente finestra della torre, mentre l'altra, aperta verso l'esterno, consente alla luce di attraversare l'ambiente

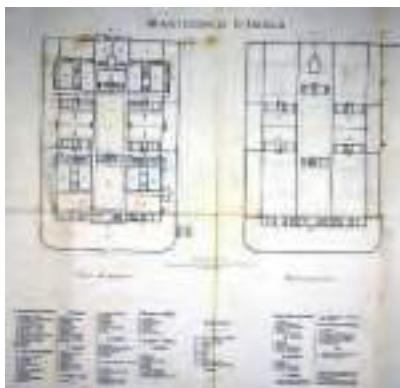


A sinistra: Imola, Manicomico dell'Osservanza, veduta aerea d'epoca.

In basso: piante del pianterreno e del primo piano del Manicomico Centrale di Imola (14 febbraio 1892).

da parte a parte. Per ottenere un'efficiente sorveglianza «basta allora mettere un sorvegliante nella torre centrale, ed in ogni cella rinchiudere un pazzo, un ammalato, un condannato, un operaio o uno scolaro»²⁸.

In Italia la maggior parte dei manicomi viene realizzata nella seconda metà dell'Ottocento, e in particolare negli anni successivi all'Unità, quando si cerca di arginare lo «spaventoso crescendo della pazzia» con la creazione di



nuove strutture²⁹. Le tipologie maggiormente adottate sono quelle "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" ed "a padiglioni distanziati o isolati". Quando lo schema seguiva in superfici molto estese un tracciato geometrico o "naturale", l'organismo assumeva la forma di un vero e proprio "villaggio", come nel caso del manicomico "dell'Osservanza" di Imola che, per la contemporanea presenza dell'altro frenocomio di S. Maria della Scaletta,

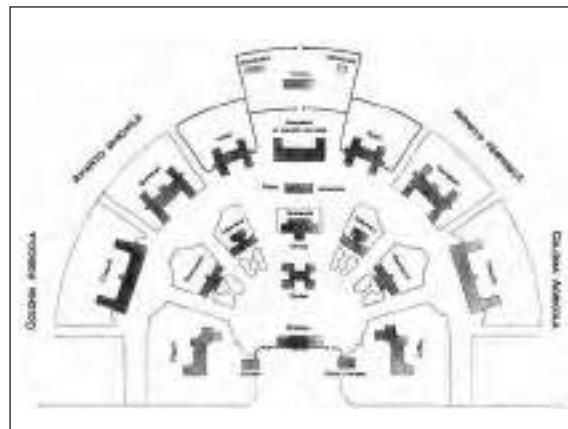
In basso, a sinistra:
Granzette, Rovigo, ex
Manicomio
provinciale, veduta
aerea attuale.

In basso, a destra:
progetto di massima
del Manicomio
provinciale di
Granzette a Rovigo,
planimetria (1906).

conferì al centro romagnolo l'appellativo di "città dei matti". Più in generale, nell'immaginario collettivo dell'Italia post-unitaria, nonostante i progressi della disciplina psichiatrica e la conseguente definizione di nuove tipologie architettoniche, il termine "manicomio" indicava un luogo sinistro dov'erano rinchiusi i "pazzi", potenzialmente perturbatori dell'"ordine" sociale; a tal riguardo, la cosiddetta "Legge Bianchi" del 1904, prima in Italia in materia di manicomi, stabilisce che «debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo»³⁰. Lo stesso termine "Manicomio", con cui nel presente studio indichiamo l'organismo architettonico nato nel XIX secolo e progettato nel rispetto di una specifica tipologia funzionale finalizzata alla cura ed all'assistenza delle persone affette da malattie mentali, è stato utilizzato ben oltre la chiusura di tali istituti. La più appropriata definizione "Ospedale Psichiatrico" lo ha sostituito tardi e con molta difficoltà nel linguaggio corrente.

Nella prima parte del Novecento, nonostante l'introduzione dei metodi chimici di *shock*, la disciplina psichiatrica non sembra allontanarsi molto dalle teorie del secondo Ottocento³¹. Neppure durante il periodo fascista si riscontrano sostanziali cambiamenti nel trattamento manicomiale, se non il conso-

lidarsi del ricorso all'internamento, come dimostra l'incremento del numero dei ricoverati registrati tra il 1926 e il '42³². Tra gli ospedali psichiatrici costruiti dal regime quello di Rovigo, inaugurato il 28 ottobre 1929 ed intitolato a Vittorio Emanuele III, presenta la particolarità di un'articolata tipologia "a padiglioni isolati" in cui gli edifici appaiono disposti radialmente intorno ad un asse centrale di separazione dei settori maschile e femminile, lungo il quale sono sistemati i servizi generali. Nella generale situazione di stasi normativa, nel corso del Ventennio viene modificata l'istituzione del manicomio giudiziario, istituito dal Codice Zanardelli del 1889 e confermata dalla succitata legge "sui manicomi e sugli alienati" del 1904³³. Fino a quel momento, infatti, la legislazione italiana prevedeva per i soggetti non imputabili per infermità di mente (i cosiddetti "prosciolti") la "remissione in libertà" o la consegna all'autorità di Pubblica Sicurezza, la quale poteva disporre l'invio in osservazione provvisoria presso un manicomio provinciale; qualora fosse ritenuto necessario, il Tribunale Civile avrebbe mutato l'"osservazione provvisoria" in definitiva. Il nuovo Codice Penale del 1930, popolarmente conosciuto come "Codice Rocco", prevede invece per i "prosciolti" il ricovero a tempo indeterminato in un manicomio giudiziario e per i "semi-infermi di mente" l'assegnazione in Casa di cura e custodia³⁴. In tal modo, mentre le prime strutture destinate a contenere



gli alienati criminali erano sezioni speciali all'interno di un manicomio generale, come nel caso di quelle sorte nell'antica casa penale per invalidi di Aversa³⁵ o nel manicomio dell'Am-brogiana a Montelupo Fiorentino³⁶, durante il Fascismo ven-gono realizzate nuove strutture specificamente destinate alla cura dei malati "criminali", come il Manicomio Giudiziario di S. Eframo a Napoli, la cui cerimonia d'inaugurazione si svolge il 31 ottobre 1925. Dalle cronache giornalistiche dell'evento è possibile apprendere il percorso delle prime strutture psi-chiatriche giudiziarie dall'origine sino a quella data, nonché le loro motivazioni di base:

«La prima idea della creazione di speciali istituzioni sotto il punto di vista biologico criminale in Italia, rimonta alla seconda metà del secolo passato. Una lotta tenace fu con-dotta da quanti, giuristi, biologi, uomini politici, guardavano fidenti ai nuovi orizzonti, aperti da Cesare Lombroso, Scipio Sighele e Raffaele Garofano e Enrico Ferri alle scienze giu-ridiche e sociali. Fu una lotta aspra che portò ad una gloriosa vittoria scientifica tutta italiana, anzi, della scuola biologica criminale napoletana. È dovuto infatti ad un tenace assertore delle istituzioni di centri biologici criminali, a Gaspare Virgilio, Professore dell'Ateneo napoletano, se fu possibile tradurre nella pratica ciò che da tempo gli scienziati italiani divulg-arono in tutto il mondo: La natura morbosa del delitto.

Fu nel 1874 in fatti che il Virgilio nel congresso di Aversa in seno alla Società di Freniatria, svolse l'importantissimo problema sotto tutti i punti di vista, sociale, giuridico, am-ministrativo. Non pochi alienisti e giuristi avevano fermato e fermarono l'attenzione su di esso: il Tamburini, il Biffi, il Monti, il Bonifiglio, il Carfara, ecc.

Nel 1874 il Direttore generale delle carceri Martino Beltra-ni-Scalia volle creare in Aversa un Istituto che però fu chia-mato "Sezione per i maniaci" e che raccolse i pazzi criminali delle prigioni dell'antica casa penale per invalidi di Aversa. Dopo una serie di progetti per lo spazio di circa trenta anni si potette finalmente avere qualche cosa di concreto e difatti, dopo il felice sperimento della Sezione Speciale di Aversa,



già divenuta manicomio Criminale, la Direzione Generale delle carceri italiane istituì nel 1876 un secondo Manicomio a Reggio Emilia ed un terzo a Monte Lupo fiorentino nel 1879.

In effetti i tre istituti non erano sufficienti a contenere il sempre crescente numero di criminali folli, onde nel 1907 si iniziò la costruzione di un quarto manicomio a Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia), inaugurato per volere dell'attuale Governo il maggio scorso mentre dal 1912 funzionava nel carcere di s. Eframo in Napoli una "Sede antropologica e medico-legale" affidata al prof. Giuseppe De Crecchio della R. Università, che, primo in Italia, a detta dell'Ottolenghi, poté realizzare i postulati della medicina legale carceraria che accolse in osservazione i delinquenti indisciplinati o folli, o simulatori delle Carceri Giudiziarie di Napoli.

Ma non bastò ciò. L'opera fattiva dei predecessori e quella di Filippo Saporito direttore superiore dei manicomi Giudiziari

In alto: Napoli, sito urbano dell'ex Manicomio Giudiziario di S. Eframo, veduta aerea attuale.

del regno, che è stato il vero continuatore del suo eminente maestro, Gaspare Virgilio, furono sprone per raggiungimento di mete più radiose. La sezione antropologica e medico-legale delle carceri di Napoli infatti fu nel 1923 trasformata in infermeria psichiatrica e (...) il primo luglio del 1923 in vero Manicomio Giudiziario.

È stato questo un altro gran passo dell'ardito programma di riforme, che in questi ultimi anni si vanno attuando nel campo della psico-patologia sociale. Centinaia e centinaia di criminali sono già passati sotto la diretta osservazione dei medici dell'Istituto nel vecchio fabbricato di S. Eframo, che non è più un comune luogo di pena ma luogo di custodia, di assistenza, di cura. Gli individui che vi sono rinchiusi sono affidati al medico, il solo in grado di interpretare sul vero significato le loro manifestazioni, il solo in grado di prevenirle e di curarle. È questo un problema biologico che offre orizzonti infiniti ma superbi. (...)

Oggi nei Manicomi Criminali vengono ristretti i pazzi criminali, in senso generico, che sono nel dominio della legge penale (giudicabili) o fuori del dominio di detta legge (condannati). I criminali prosciolti, cioè quelli riconosciuti infermi di mente all'epoca del reato non debbono rispondere delle azioni delittuose commesse, non restano nei Manicomi Giudiziari, ma vengono trasferiti nei manicomi civili. È questa una delle lacune che, al pari di molte altre, deve essere colmata. Il criminale folle, prosciolto, deve rimanere in Sezioni speciali dei Manicomi Criminali e lo stesso è da dirsi delle criminali folle, che oggi vengono pure rinchiusi in speciali sezioni dei manicomi civili.

Che se poi si vuol pensare alle speciali funzioni dei Manicomi Criminali sotto un punto di vista direttamente sociale, nel senso che in esso, non soltanto i criminali folli, ma anche individui incorreggibili devono essere custoditi, allora si vede come ancora insufficiente sia il cammino percorso e che molto ancora si debba fare nell'interesse dell'umanità, della scienza, della convivenza sociale»³⁷.

In realtà quello che in origine era un organismo conventuale

e poi il carcere di s. Eframo, era in funzione già dal 23 luglio 1923, quando era stato emanato il decreto di trasformazione in manicomio; sino alla data dell'inaugurazione ufficiale aveva infatti ospitato «cinquecentotrentaquattro individui dei quali 392 (...) riconosciuti infermi e 142 giudicati simulatori»³⁸. Dalla medesima fonte giornalistica apprendiamo inoltre che il Manicomio Giudiziario, «centro di cultura di patologia sociale», giunge ad arricchire «la scuola medico-legale napoletana (...) di un nuovo possente organismo, di una fonte copiosa di studi e di ricerche, destinata a curare nel senso biologico tutte le malsane manifestazioni del travagliato spirito umano».

Delle altre strutture del tempo, a Barcellona Pozzo di Gotto la trasformazione in Manicomio Giudiziario della preesistente struttura, intitolata al primo direttore Vittorio Madia, era fortemente avvertita dal Fascismo come obiettivo di grande importanza «nel vasto campo della psico-patologia sociale», tanto che alla cerimonia d'inaugurazione del nuovo organismo, avvenuta nel maggio 1925, partecipa il Ministro Alfredo Rocco in persona. Il Manicomio Giudiziario di Castiglione dello Stiviere nasce invece nel 1939 come sezione dell'ospedale psichiatrico civile; il nuovo organismo, sito all'esterno della cittadina, viene articolato in una palazzina per direzione ed uffici, ed in quattro padiglioni situati all'interno di un parco in collina.

L'interesse nutrito dal regime fascista verso la psichiatria, allora agli albori ed ancora influenzata dalle prassi igieniste di stampo ottocentesco, emerge nel discorso pronunciato per l'inaugurazione del Manicomio Giudiziario di S. Eframo dal Prof. Giuseppe De Crecchio, che richiama l'«aureo programma del fascismo, formulato prima del 28 ottobre 1922» il quale «si faceva precursore ardito di sane riforme, anche nel vasto campo della psico-patologia sociale». Tale struttura, collocata all'interno del tessuto urbano di Napoli, presenta però i caratteri dell'isolamento, a differenza degli organismi "a villaggio" adottati nelle esperienze contemporanee. Concludendo il proprio discorso, il professor De Crecchio esprime infatti la speranza che «i ricoverati entro queste mura isolate, ma dove cuore e mente governano», possano infine trovare «pace, amore, giustizia, per poter un giorno ben operare ed essere

fusi nella compagine omogenea e salda dei fratelli liberi della forte Italia Imperiale»³⁹.

Per assistere alla nascita di una terapia alternativa alle cure tradizionali ed ai metodi di *shock* si deve attendere così il dopoguerra, quando alla metà degli anni Cinquanta vengono introdotti i primi psicofarmaci. Indipendentemente dai risultati curativi, i nuovi medicinali di natura chimica attenuano i sintomi delle patologie, rendendo più facilmente governabili i momenti di crisi, ma nel contempo costituiscono un ulteriore e più efficace strumento di controllo dei pazienti. Parallelamente ai progressi in campo farmacologico, sorgono alcune importanti iniziative in alternativa al sistema manicomiale consolidato. È questo il caso delle prime "comunità terapeutiche" britanniche, basate sull'idea di trasformazione della rigida struttura gerarchica di tipo "verticale" in una nuova organizzazione "orizzontale" in cui vigesse un rapporto paritario fra gli "utenti" ed il personale sanitario, o del modello francese di settore, nato nel XIII *arrondissement* di Parigi per opera di Philippe Paumelle, che propone di razionalizzare l'assistenza psichiatrica della metropoli dividendo in parti la struttura ospedaliera e facendo corrispondere ad ognuna di loro una porzione del territorio urbano⁴⁰.

In generale, negli anni tra Sessanta e Settanta iniziano ad affermarsi tendenze che contestano la "Scienza psichiatrica tradizionale" opponendole quel complesso coacervo di teorie definito nel 1967 da David Cooper "antipsichiatria"⁴¹. Quello che definisce tali disparate linee di pensiero è la negazione sia dell'istituzione psichiatrica tradizionale che dei concetti fondamentali su cui essa si basa, poiché la malattia mentale viene affrontata non più dal punto di vista medico ma da



quello esistenziale⁴². In sostanza le teorie alternative, facenti capo all'"antipsichiatria" o alla "biopsichiatria", non considerano la pazzia come una malattia organica, negando di conseguenza la competenza dei medici psichiatri, di cui denunciano la dannosità dei metodi. Alcune di queste teorie ritengono la "pazzia" una divergenza inconciliabile di opinioni e non una malattia, altre l'affrontano come un disagio psicologico determinato dal concomitante disagio di una società, di una cultura o di una famiglia altrettanto "malata", altre infine mettono in discussione l'esistenza stessa della "pazzia". Tale caleidoscopico panorama deriva probabilmente dal fatto che nella pratica non è mai esistito un vero e proprio "movimento antipsichiatrico", i cui presunti padri rifiutavano costantemente ogni classificazione formale, in quanto concordemente consapevoli che l'"antipsichiatria" non era né

In basso, a sinistra:
Philippe Paumelle.

In basso, a destra:
Parigi, XIII
arrondissement,
immagine satellitare.



A destra: Trieste 1977, Parco di San Giovanni, David Cooper davanti al Reparto C.

Sotto: a sinistra, Trieste, Ospedale Psichiatrico di San Giovanni a Trieste, veduta satellitare; "Marco cavallo azzurro"; a destra, Ronald David Laing in una foto di John Haynes.

In basso: Gorizia, ex Ospedale Psichiatrico Provinciale, veduta satellitare attuale.



un'ideologia, né una scuola di pensiero cui aderire, né tanto meno una prassi specialistica da adottare; in tal senso Laing e Cooper non rifiutano *in toto* la "terapia"



sia psicologica che farmacologica dei disturbi psichici, come d'altronde confermano le loro stesse opere. In definitiva, l'"antipsichiatria" è stata una sorta di etichetta da apporre a correnti di pensiero tra loro estremamente differenti ed a disparati pensieri critici nei confronti della psichiatria, a volte discordanti anche rispetto alle tematiche basilari. In quegli stessi anni in Italia una profonda critica al sistema manicomiale viene operata da Franco Basaglia, che nel libro *L'istituzione negata*, pubblicato da Einaudi nel 1968, racconta l'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, divenendo il maggior esponente della lotta anti-istituzionale rivolta contro



l'istituzione manicomiale, ritenuta dannosa per il malato quanto la malattia stessa⁴³. L'attività dello psichiatra veneziano produce una revisione strutturale dell'ordinamento degli ospedali psichiatrici in Italia ed ispira direttamente la legge n. 180 del 13 Maggio del 1978, più nota come "Legge Basaglia", con la quale si supera l'organizzazione funzionale degli Ospedali Psichiatrici mediante la creazione di unità "intra" ed "extra" ospedaliere per la cura delle malattie mentali⁴⁴. La definitiva chiusura delle ultime strutture psichiatriche tradizionali avviene con la legge n. 724 del 1994, determina la dismissione sull'intero territorio nazionale di complessi architettonici (alcuni dei quali dotati di un fascino sinistro) talvolta riutilizzati ma molto più spesso abbandonati a se stessi come scomode testimonianze di un evo oscuro attraversato dall'intera società che li ha eretti.

In Abruzzo le esperienze architettoniche nel campo dell'assi-

stenza alla malattia mentale tra Otto e Novecento confermano quanto Gaetano Bellisari, Direttore dell'istituto aquilano, scriveva nel 1908 a proposito dei manicomi italiani che nel medesimo periodo erano sorti distaccandosi, «come per gemmazione, da Istituti destinati ad altro genere di beneficenza quali gli Ospedali e gli Ospizii»⁴⁵. In particolare nel 1928 a Teramo viene avanzata una proposta di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica su scala territoriale, con l'apertura a Campli di una succursale destinata ad accogliere gli "alienati invalidi e inoffensivi" uomini, i "deficienti ineducabili" e i "deficienti educabili". La proposta, sebbene provenga dal Prefetto



A sinistra: Trieste, Ospedale Psichiatrico di S. Giovanni, marzo 1973, il corteo di Marco Cavallo e l'abbattimento del cancello 5, con Franco e Vittorio Basaglia.



A sinistra: Teramo, veduta satellitare del centro antico con indicazione del Manicomio di S. Antonio Abate a Porta Melatina.

in persona, resta lettera morta, con il conseguente abbandono del frenocomio teramano alla difficile condizione determinata dalla fondazione medievale all'interno della città consolidata, che ne aveva impedito la trasformazione da ospedale in manicomio in modo coerente e razionale.

Sempre durante il periodo fascista nell'Ospedale Psichiatrico dell'Aquila si avvia la costruzione del nuovo grande padiglione destinato ad accogliere il reparto "Il Uomini" ed i laboratori artigianali. Con il sopraggiungere della guerra e poi della difficile condizione postbellica, gli interventi si riducono ad opere essenzialmente di natura funzionale. Solo dopo il 1950 viene

terminata la costruzione del "Ill Uomini", mentre si provvede alla realizzazione di nuovi laboratori e padiglioni, nonché della chiesa. Molti di questi interventi, oltre alle opere di sistemazione dei giardini e di manutenzione di tutti i fabbricati che costituiscono il complesso di Collemaggio, vengono eseguite dai "malati" sotto l'attenta guida di esperte maestranze.

È per questo che, in conclusione, vogliamo ricordare il valore salvifico del lavoro concesso a questi esseri che, nel mezzo del loro drammatico percorso esistenziale, erano finalmente riconosciuti come umani. Suona quindi ancor più vera la tragica scritta sul cancello di Auschwitz "Arbeit macht frei" ("Il lavoro

A destra: L'Aquila, veduta satellitare del centro antico con indicazione del Manicomio di Collemaggio.





A sinistra: il cancello di entrata del campo di concentramento di Auschwitz"; il portale d'entrata al Manicomio provinciale di Imola in una cartolina postale di Carlo Barelli e figli (1900).

In basso: il "catino dei folli", particolare della pittura murale nel manicomio di Granzette a Rovigo (1° maggio 1979).

rende liberi"), che Primo Levi ripropone in *Se questo è un uomo* come riscrittura dell'*incipit* dantesco «Per me si va nella città dolente, per me si va ne l'eterno dolore, per me si va

tra la perduta gente». Per tanti secoli e troppi anni, valicando l'ingresso dei manicomi, si accedeva ingiustamente ad un mondo di dannati.

«Voi che vivete sicuri
Nelle vostre tiepide case,
voi che trovate tornando a sera
Il cibo caldo e visi amici:
Considerate se questo è un uomo
Che lavora nel fango
Che non conosce pace
Che lotta per mezzo pane
Che muore per un sì o per un no.
Considerate se questa è una donna,
Senza capelli e senza nome
Senza più forza di ricordare
Vuoti gli occhi e freddo il grembo
Come una rana d'inverno.
Meditate che questo è stato:
Vi comando queste parole.
Scolpitele nel vostro cuore
Stando in casa andando per via,

Coricandovi alzandovi;
Ripetetele ai vostri figli.
O vi si sfaccia la casa,
La malattia vi impedisca,
I vostri nati torcano il viso da voi»⁴⁶.



Note

1. C. SBARBARO, *Padre, che muori tutti i giorni un poco*, in *Pianissimo*, Firenze, 1914.
2. L'aforisma è di William Shakespeare.
3. W. SHAKESPEARE, *La dodicesima notte*, 1599-1601, atto III, scena I.
4. Cfr. M. SINI, *Modelli teorico-pratici applicati nel superamento degli ospedali psichiatrici: l'esperienza torinese di Collegno*, Tesi di laurea in Psicologia presso l'Università degli Studi di Torino, Relatore Rocco Luigi Picci, A. A. 2004-2005. Va specificato come gli stimoli visivi che hanno eccitato il sistema nervoso dell'artista all'atto della creazione dell'opera d'arte possono suscitare analoghe sensazioni nel cervello di chi le osserva (cfr. L. MAFFEI, A. FIORENTINI, *Arte e Cervello*, Bologna, 1995). Inoltre gli effetti di talune malattie mentali possono aver influito sull'espressione artistica di vari autori, confermando come le vicende esistenziali costituissero parte integrante del fare creativo (C. BERGIA, *L'Arte nella Malattia*, in "Neuroscienze, Journal of Neuroscience, Psychology and Cognitive Science", 5 gennaio 2009, p. 2). A puro titolo di esempio, si può citare la depressione di origine psichica di cui soffrì Michelangelo, l'encefalopatia di Francisco Goya, causata dal piombo allora presente nella composizione dei colori, la schizofrenia denunciata dai volti ossessivi dell'*Entrata di Cristo a Bruxelles* di James Ensor, la sindrome schizoide di cui era affetto Edvard Munch ed infine la costante patologia mentale che accompagnò van Gogh in gran parte della sua vita, aggravata dall'abuso di assenzio che conteneva olii essenziali estremamente tossici come il tujone (W.M. ARNOLD, *Vincent Van Gogh: chemicals, crisis, and creativity*, Basel, 1992).
5. Durante le sue crisi van Gogh cadeva in uno stato di profonda depressione ansiosa e di confusione mentale. Inizialmente si pensò all'epilessia, ma tale ipotesi non è stata suffragata dai sintomi caratteristici della malattia. Le frequenti allucinazioni e gli episodi di paranoia furono considerati sintomi di schizofrenia, ed infine fu ipotizzata una rara malattia ereditaria, la porfiria acuta intermittente. In ogni caso lo stato in cui versava il pittore fu reso ancor più precario dall'abuso di sostanze alcoliche (ed in particolare il succitato *absinthe*, condiviso da Degas, Manet, Toulouse-Lautrec e da numerosi altri artisti) e da una nutrizione scarsa o errata. Su tale aspetto della vita e dell'arte di Vincent van Gogh cfr: R.H. RAHE, *Van Gogh and the life chart*, in "Integrative Physiological and Behavioural Science", 27(4), 1992, pp. 323-35; S. LEMKE, C. LEMKE, *The psychiatric disease of Vincent van Gogh*, in "Der Nervenarzt", 64(9), 1993, pp. 594-598.; W.M. MEISSNER, *The artist in the hospital: the van Gogh case*, in "Bulletin of the Menninger Clinic", 58(3), 1994, pp. 283-306; W.K. STRIK, *The psychiatric illness of Vincent Van Gogh*, in "Der Nervenarzt", 68(5), 1997, pp. 401-409; E. VAN MEEKEREN, *Psychiatric case history of Vincent van Gogh*, in "Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde", 144 (52), 2000, pp. 2509-2514; E. VAN MEEKEREN, *Psychiatric case history of Vincent van Gogh*, *ivi*, 144 (52), 2000, pp. 2509-2514; M.D. BLUMER, *The illness of Vincent van Gogh*, in "The American Journal of Psychiatry", n. 159 (2002), pp. 519-526.
6. «Osservando la realtà della vita dei pazzi in questo serraglio, perdo il vago terrore, la paura della cosa e a poco a poco posso arrivare a considerare la pazzia una malattia come un'altra» (Lettera a Théo van Gogh, 9 maggio 1889, in Vincent van Gogh. The Letters, a cura di L. Jansen, H. Luijten, N. Bakker, Van Gogh Museum, 772, Br. 1990: 775, CL: 591).
7. E. CRISPINO, *Van Gogh*, Firenze, 2010, p. 150.
8. F. B. MICHEL, *Il volto di Van Gogh. Il folle, l'artista, l'uomo*, Milano, 2001, trad. C. Ortesta.
9. «Van Gogh era pazzo? Non lo credo affatto. E se proprio pazzo lo si vuol definire, la sua era una forma di pazzia molto speciale» (G. B. GUERRI, *La Follia. Vita e morte di Vincent Van Gogh*, Milano, 2008).
10. Lettera di Giovanni Campana, padre di Dino, al direttore del manicomio di Imola, in *Dino Campana. Canti orfici*, a cura di F. Ceragioli, Milano, 1989, p. 51.
11. Per le vicende biografiche ci si è basati su *Dino Campana, Souvenir d'un pendu. Carteggio 1910-1931. Con documenti inediti e rari*, a cura di G. Cacho Millet, Napoli, 1985 e su *Dino Campana. Canti orfici*, a cura di F. Ceragioli, *cit.*
12. M. LUZI, *Un eccezionale ritrovamento tra le carte Soffici*, "Corriere della Sera", 17 giugno 1971.
13. Cfr. C. PARIANI, *Vite non romanzate di Dino Campana scrittore e di Evaristo Boncinelli scultore*, Firenze, 1938.
14. In realtà i sospetti maniacali di Hemingway erano in parte giustificati, in quanto l'FBI lo sorvegliava sin dai tempi della guerra di Spagna. Cfr. a proposito le dichiarazioni di Jeffrey Meyers contenute nell'articolo *Wanted by the F.B.I.!*, in "The New York Review of Books", 31 marzo 1983.
15. L'"*elettroshock*" è il termine comune per indicare la terapia elettroconvulsivante (o TEC o ancora, in inglese ECT per "*electroconvulsant therapy*") basata sulla provocazione di un accesso di tipo epilettico indotto dal passaggio

di una scarica di corrente elettrica. Tale terapia trova il proprio fondamento sulla constatazione, conosciuta fin dai tempi di Ippocrate, che una convulsione di tipo epilettico ha effetti positivi sulla depressione. Nel corso del tempo, le convulsioni sono state provocate con vari metodi, quasi sempre violenti e dannosi; l'uso della stimolazione elettrica fu infatti di poco preceduto dagli studi del premio Nobel Julius Wagner-Jauregg sull'uso di convulsioni indotte attraverso la malaria per la cura di alcuni disturbi nervosi e mentali e di Manfred Sakel sulla terapia psichiatrica del "coma insulinico". Nel 1937 Ladislav Von Meduna, considerando schizofrenia ed epilessia disturbi antagonisti, per curare gli schizofrenici indusse loro crisi convulsive mediante somministrazione di pentilentetrazolo. L'anno seguente Ugo Cerletti e Lucio Bini Cerletti, per evitare gli effetti collaterali della somministrazione del pentilentetrazolo, lo sostituirono, quale metodo induttore di convulsioni, con la corrente elettrica. Durante la scarica il busto, le membra e i muscoli della faccia subivano contrazioni spasmodiche; al termine delle convulsioni l'attività corticale restava sospesa e il tracciato elettroencefalografico risultava piatto. Inizialmente la terapia veniva praticata su pazienti coscienti e senza l'uso di anestesia e rilassanti muscolari. In tal modo i pazienti perdevano conoscenza durante la seduta, subendo violente contrazioni muscolari incontrollate che potevano causare fratture ossee, specialmente alle vertebre, e stiramenti muscolari, e per questo motivo venivano legati con cinghie. Tuttavia in seguito sono state introdotte alcune varianti della tecnica, come la premedicazione con atropina, l'anestesia con tiopentone sodico e il rilassamento muscolare mediante succinilcolina, nonché modifiche riguardanti il tipo di corrente impiegata e la disposizione degli elettrodi. Si è giunti così

alla TEC in narcosi barbiturica e con sostanze curarosimili che scongiurano gli spasmi muscolari, onde ridurre il rischio di fratture o lesioni. Ad ogni modo, al risveglio, il paziente avverte uno stato confusionale seguito da disturbi della memoria più o meno gravi, guaribili per la maggior parte dei disturbi cognitivi nell'arco di 6 mesi. Dai tempi di Cerletti e Bini la TEC si è evoluta ed oggi viene effettuata quella che viene chiamata "terapia elettroconvulsivante unilaterale", che coinvolge solo uno degli emisferi cerebrali. Attualmente l'intervento viene effettuato con macchine computerizzate e programmate sulle caratteristiche del paziente, in anestesia generale eseguita da un medico specialista ed alla presenza di uno psichiatra. In conclusione, vogliamo ricordare i 46 *elettroshock* cui fu sottoposta la poetessa Alda Merini, recentemente scomparsa, che ha rilasciato una agghiacciante testimonianza dell'internamento in manicomio iniziato nel 1965: «In quel manicomio esistevano gli orrori degli *elettroshock*. Ogni tanto ci assieparono dentro una stanza e ci facevano quelle orribili fatture. Io le chiamavo fatture perché non servivano che ad abbrutire il nostro spirito e le nostre menti. La stanzetta degli *elettroshock* era una stanzetta quanto mai angusta e terribile; e più terribile ancora era l'anticamera, dove ci preparavano per il triste evento. Ci facevano una premorfina, e poi ci davano del curaro, perché gli arti non prendessero ad agitarsi in modo sproporzionato durante la scarica elettrica. L'attesa era angosciosa. Molte piangevano. Qualcuna orinava per terra. Una volta arrivai a prendere la caposala per la gola, a nome di tutte le mie compagne. Il risultato fu che fui sottoposta all'*elettroshock* per prima, e senza anestesia preliminare, di modo che sentii ogni cosa. E ancora ne conservo l'atroce ricordo» (A. MERINI, articolo in "OK La salute

prima di tutto", maggio 2006, consultabile in: http://www.ok-salute.it/personaggi-salute/09_a_aldamerini-manicomio_2.shtml). Sull'argomento cfr. F.P. SGOBBO, *La cura elettrica nella neurastenia*, Napoli, 1901; U. CERLETTI, L'elettroshock, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", n. 64 (1940); C. CATALANO NOBILI, G. CERQUETELLI, *L'elettroshock: trent'anni di esperienza*, Roma, 1972; A. PERRINI, *Necessità e possibilità d'una integrazione terapeutica tra psicoanalisi ed elettroshock*, Capua, 1975; P.R. BREGGIN, *Elettroshock: i guasti del cervello*, Milano, 1984; S. MALITZ, H.A. SACKEIM, *Electroconvulsive therapy: clinical and basic research issues*, in "Annals of the New York academy of sciences", New York, 1986; C.H. KELLNER, *Electroconvulsive therapy*, in "The Psychiatric clinics of North America", p. XIV, 793-1035, Philadelphia, 1991; Comitato nazionale per la bioetica, *Parere del Comitato nazionale per la bioetica sull'eticità della terapia elettroconvulsivante*, Roma, 1995; P. PANCHERI, M. CAREDDA, *Elettroshock*, in *L'universo del corpo*, Roma, v. 3 (1999).

16. I. SAVARINO, *Antonin Artaud. Nel vortice dell'elettroshock*, Tivoli, 1998.

17. «Signori, le leggi e il costume vi concedono il diritto di valutare lo spirito umano. Questa giurisdizione sovrana e indiscutibile voi l'esercitate a vostra discrezione. Lasciate che ne ridiamo. La credulità dei popoli civili, dei sapienti, dei governanti dota la psichiatria di non si sa quali lumi sovranaturali. Il processo alla vostra professione ottiene il verdetto anzitempo. Noi non intendiamo qui discutere il valore della vostra scienza, né la dubbia esistenza delle malattie mentali. Ma per ogni cento classificazioni, le più vaghe delle quali sono ancora le sole ad essere utilizzabili, quanti nobili tentativi sono stati compiuti per accostare il mondo cerebrale in cui vivono tanti dei vostri prigionieri? Per

quanti di voi, ad esempio, il sogno del demente precoce, le immagini delle quali è preda, sono altra cosa che un'insalata di parole? Noi non ci meravigliamo di trovarvi inferiori rispetto ad un compito per il quale non ci sono che pochi predestinati. Ma ci leviamo, invece, contro il diritto attribuito a uomini di vedute più o meno ristrette di sanzionare mediante l'incarcerazione a vita le loro ricerche nel campo dello spirito umano. E che incarcerazione! Si sa - e ancora non lo si sa abbastanza - che gli ospedali, lungi dall'essere degli ospedali, sono delle spaventevoli prigioni, nelle quali i detenuti forniscono la loro manodopera gratuita e utile, nelle quali le sevizie sono la regola, e questo voi lo tollerate. L'istituto per alienati, sotto la copertura della scienza e della giustizia, è paragonabile alla caserma, alla prigione, al bagno penale. Non staremo qui a sollevare la questione degli internamenti arbitrari, per evitarvi il penoso compito di facili negazioni. Noi affermiamo che un gran numero dei vostri ricoverati, perfettamente folli secondo la definizione ufficiale, sono, anch'essi, internati arbitrariamente. Non ammettiamo che si interferisca con il libero sviluppo di un delirio, altrettanto legittimo, altrettanto logico che qualsiasi altra successione di idee o di azioni umane. La repressione delle reazioni antisociali è per principio tanto chimerica quanto inaccettabile. Tutti gli atti individuali sono antisociali. I pazzi sono le vittime individuali per eccellenza della dittatura sociale; in nome di questa individualità, che è propria dell'uomo, noi reclamiamo la liberazione di questi prigionieri forzati della sensibilità, perché è pur vero che non è nel potere delle leggi di rinchiudere tutti gli uomini che pensano e agiscono. Senza stare ad insistere sul carattere di perfetta genialità delle manifestazioni di certi pazzi, nella misura in cui siamo in grado di apprezzarle, affermiamo

la assoluta legittimità della loro concezione della realtà, e di tutte le azioni che da essa derivano. Possiate ricordarvene domattina, all'ora in cui visitate, quando tenderete, senza conoscerne il lessico, di discorrere con questi uomini sui quali, dovete riconoscerlo, non avete altro vantaggio che quello della forza» (A. ARTAUD, *Lettre aux Medecins-chef des asiles de fous*, in "La Révolution surréaliste", n. 3, 1925).

18. *Dizionario di storia della salute*, a cura di G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli, Torino, 1996, p. 481.

19. F. VANNOZZI, *Lungo i "Viali" del Villaggio manicomiale*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, Milano, 2007, pp. 11-17.

20. Nasce in quel periodo la metafora della "Nave dei folli", che prende il nome dal poema allegorico pubblicato per la prima volta a Basilea nel 1494 dall'umanista tedesco Sebastian Brant. La nave portava lontano dalla città i folli ed assieme a loro tutte le varie bizzarrie, le deviazioni morali, i vizi ed i peccati, preservando la collettività dal pericolo da loro rappresentato. La ripresa di tale metafora risulta fortemente esplicativa della condizione dei "folli" all'interno della società del Settecento.

21. «Un'istituzione totale può essere definita il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato» (E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, 1961 trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, 1968, p. 29).

22. *Ibidem*.

23. F. BENASSI, *I più antichi ospedali psichiatrici italiani*, in *Atti del primo congresso italiano di storia ospitaliera*, Reggio Emilia, 1956, p. 44.

24. «In ogni particolare dell'arredamento vi era una preoccupazione della forza, della pesantezza; ogni oggetto d'uso più comune era studiato perché avesse a servire ai soli alienati. Tavole di grosso legno di noce, seggiolini sequepedali con anelli da potervi fissare i mateli, finestre alte da terra da non potervi giungere con lo sguardo, stoviglie di metallo in ferro o in piombo; reticelle ai vetri, il doppio uscio, ordigni per le levature e le deiezioni; cortiletti individuali, da ricordare i chiostri dei Certosini o dei trappisti, lunghi corridoi dove si aprivano poche e ben munite finestre, nessuna distinzione tra la sala dell'infermeria e il dormitorio comune» (ivi, p. 45).

25. Cfr. F. POLI, *Alcuni esempi di rappresentazione del folle nell'iconografia artistica italiana dalla seconda metà dell'Ottocento ad oggi*, in *Follia psichiatrica e società, Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia contemporanea*, a cura di A. De Bernardi, Milano, 1982.

26. cfr. G. JERVIS, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, 1975.

27. Cfr. A. TAMBURINI, G. C. FERRARI, G. ANTONINI, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni*, Torino, 1918.

28. Cfr. J. BENTHAM, *Panopticon or the inspection-house*, London, 1791, trad. it. *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, Venezia, 1983.

29. Cfr. M. FOUCAULT, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, 1975, trad. it. *Sorvegliare e punire*, Torino, 1976.

30. R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, 1979, p. 99.

31. Legge n. 36 del 14 febbraio 1904, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, art. 1. L'aspetto legislativo mag-

- giormente discutibile della normativa italiana riguarda il fatto che il Codice di procedura penale prevedeva l'iscrizione al Casellario giudiziale dei ricoveri, anche provvisori (art. 604), equiparando di fatto la condizione di ricoverato a quella di carcerato. Questo punto viene addirittura confermato, nel Dopoguerra, dalla legge n. 158 del 14 marzo 1952, che pure esclude dall'iscrizione al Casellario giudiziale numerosi reati di modesta entità.
32. È nel 1939 a Roma che Ugo Cerletti propone la sostituzione del Cardiozol con la corrente elettrica al fine di provocare il "terapeutico" shock convulsivo (CANOSA, *Storia...*, p. 152).
 33. Canosa riporta una tabella presente in "Rivista sperimentale di freniatria" del 1946, che dimostra il notevole aumento delle presenze negli istituti manicomiali (ivi, p. 156). Sui rapporti tra Fascismo e psichiatria italiana si veda P. PELOSO, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Verona, 2008.
 34. La nascita del manicomio criminale ("giudiziario" in Italia dopo il Codice Zanardelli del 1889) si deve all'Inghilterra di Giorgio III che, con l'*Insane Offender's Act* del 28 luglio 1800, riconosce legalmente la "follia delinquente", specificando dettagliatamente le categorie di soggetti destinati a tali istituti. Nascono quindi gli stabilimenti di Fisherton-House in Inghilterra (1840), Dundrum in Irlanda (1850), Perth in Scozia (1858) e il celebre *Criminal Lunatic Asylum* a Broadmoor, Inghilterra, realizzato nel 1863 su progetto di sir Joshua Jebb (cfr. A. BORZACCHIELLO, *La grande riforma: breve storia dell'irrisolta questione carceraria*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 2-3, 2005).
 35. Il Codice prende il nome da Alfredo Rocco, Ministro di Grazia e Giustizia dal 1925 al '32.
 36. Sul manicomio giudiziario di Aversa cfr. F. RICCIARDI, *Il manicomio giudiziario di Aversa "Filippo Saporito"*. *Storia, cronaca ed aneddoti*, ivi, 1965.
 37. La sezione criminale di Montelupo Fiorentino nasce per sopperire alle carenze ricettive della sezione per maniaci di Aversa, unica del genere fino al 1886. Invece la scelta di collocarla nella villa medicea realizzata nel XVI secolo e tradizionalmente attribuita a Bernardo Buontalenti si deve al fatto che la struttura, precedentemente trasformata in manicomio con annesso celle per i detenuti, era situata a poca distanza dalla ferrovia e offriva quindi il vantaggio di operare un agile trasporto di detenuti da ogni carcere del Regno. Sulla storia della struttura cfr.: V. VASIC, *La villa dell'Ambrogiana*, Firenze, 1985; L. PONTICELLI, *Il manicomio criminale dell'Ambrogiana*, "Rivista di discipline carcerarie", Anno XVIII, Roma, 1888, p. 13.
 38. G. FUSCO, *Un trionfo della criminologia italiana. Il carcere di s. Eframio trasformato in Manicomio Giudiziario*, "Il Giorno", 1° novembre 1925, Cronaca di Napoli.
 39. *Ibidem*.
 40. *Ibidem*.
 41. La "comunità terapeutica" nacque come esplicita critica all'"istituzione totale", proponendo un'organizzazione rivolta principalmente alla modificazione del comportamento ed al recupero di persone deviate dalla norma sociale vigente. L'idea di fondo era quella di trasformare una rigida organizzazione gerarchica, in cui i rapporti erano di tipo "verticale", in una organizzazione "orizzontale" in cui il rapporto fra gli utenti e gli operatori sanitari risultasse paritario. Il termine venne introdotto da Thomas Main nel 1946 per descrivere il lavoro svolto dagli psichiatri nell'ospedale di Northfield in Scozia (T. MAIN, *The Hospital as a Therapeutic Institution*, in "Bulletin of the Menninger Clinic", n. 10 (1946), pp. 66-70), ma fu reso ufficiale solo nel 1953 dall'Organizzazione Mon-

diale della Sanità in uno studio sulle organizzazioni psichiatriche internazionali (Cfr. L. BOCADORO, S. CARULLI, *Il posto dell'amore negato*, Ancona, 2009). La prima comunità terapeutica fu istituita nel 1952 in Inghilterra dallo psichiatra Maxwell Jones con l'obiettivo di responsabilizzare i pazienti coinvolgendoli nella gestione dell'istituzione psichiatrica in cui erano ospitati (cfr. M. JONES, *Social psychiatry in practice: the idea of the therapeutic*, Harmondsworth, 1968, trad. it. *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica*, Milano, 1987). In Italia una delle prime comunità terapeutiche fu avviata nei primi anni Sessanta da Franco Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Gorizia (Cfr. M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia*, Milano, 2001). Il modello francese di settore, basato sul principio della "continuità terapeutica", proponeva di dividere il manicomio in una serie di unità di cura e di ricovero localizzate in una zona urbana (il "Settore"), ciascuna delle quali avrebbe ospitato esclusivamente pazienti provenienti da una specifica area geografica e non, come accadeva in precedenza, dalla Provincia o da tutto lo Stato. In aggiunta a ciò prevedeva che in ogni Settore fossero istituiti dei servizi psichiatrici ambulatoriali, direttamente connessi all'ospedale psichiatrico di zona e destinati alla cura ed alla riabilitazione dei malati, ma anche alla prevenzione delle malattie. Più in generale il modello postula una razionalizzazione dei rapporti tra il "manicomio" e la società civile con l'intento di condurre l'opera assistenziale all'esterno degli ospedali. Si trattava di un progetto di grande ampiezza ideologica e scientifica, che si riferiva alle esperienze concretamente attuate a Saint-Alban, Versailles e Orléans, allo scopo di rimuovere definitivamente l'obbligo di custodia, se sostituirlo con un lavoro d'équipe

(Cfr. L. BONNAFÉ, M. DUBUISSON, T. LAINE, Une psychiatrie différente, dites-vous, supplemento al n. 63 (aprile 1973) di " *La Nouvelle Critique*", trad. it. *La psichiatria di settore. Dibattito sull'esperienza francese*, Padova, 1978.

42. Cfr. D. COOPER, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, London, 1967. A partire dagli anni Sessanta, in gran parte del mondo industrializzato si sviluppò un movimento di critica radicale alla psichiatria tradizionale ed in particolare alla cosiddetta *asylum psychiatry*. Sorto nei paesi anglosassoni, il cosiddetto "pensiero antipsichiatrico" si diffuse progressivamente in Occidente dove, pur facendo comune riferimento al pensiero di Ronald David Laing e David Cooper in Gran Bretagna e Thomas Stephen Szasz (nato Tomás István Szász) negli Stati Uniti, assunse differenti declinazioni nei vari Paesi. Ciò che realmente accomunava le varie posizioni antipsichiatriche era la critica della psichiatria ritenuta espressione del dominio capitalistico, ma anche dei rapporti sociali di cui essa si rivelava espressione ideologica. Tali aspetti vanno peraltro collegati con le sperimentazioni di sostanze psicoattive iniziate dagli anni Venti e Trenta e con il vivace movimento psichedelico che ne fu diretta conseguenza. Le indagini svolte in questa direzione misero in evidenza gli aspetti umani delle esperienze psicotiche ed in particolare di quella schizofrenica, intesa quale strumento emblematico di ri-fondazione di un mondo "altro". In senso più ampio riaffiorava l'importanza della vita emozionale nei suoi aspetti umani e clinici, cui assegnare il valore di struttura portante delle esperienze schizofreniche. Se tali aspetti erano apparsi già alla fine degli anni Venti e Trenta nell'opera di Enrico Morselli (che svolse per primo l'analisi antropologica di un caso clinico), furono le indagini di Ludwig Binswanger e di Eugène Minkowski a colmare l'abisso che separa il mondo
- del "reale" da quello dell'esperienza schizofrenica, portando una ventata di novità nella statica tradizione psichiatrica.
43. Questa posizione traeva fondamento nella mancata dimostrazione dell'esistenza di deterioramento nei tessuti o di alterazioni nei neurotrasmettitori nel cervello dei presunti "malati" di mente, ad eccezione di coloro i quali soffrivano di patologie neurologiche. Era stato invece riscontrato che le uniche differenze erano state causate da trattamenti con *elettroshock*, neurolettici, antidepressivi. Su posizioni opposte si allineavano invece le ricerche della biopsichiatria che, pur corroborate dai progressi in campo psicofarmacologico, furono in seguito strumentalizzate dalle case farmaceutiche, che le sostenevano in misura sempre crescente.
44. *L'istituzione negata [rapporto da un ospedale psichiatrico]*, a cura di F. Basaglia, Torino, 1968. Come già accennato in precedenza, alla base del nuovo metodo di cura era lo stretto rapporto tra personale ed utenti che partecipavano alle varie attività della comunità, compreso quelle decisionali che li riguardavano. Altri aspetti del metodo erano rivolti anche alla psicoterapia individuale, alla terapia di gruppo e a tutte le altre attività comunitarie. Dall'esperimento avviato nel 1962 da Basaglia si arrivò, poco più di quindici anni dopo, alla legge 180 del 1978, che trasformava i "manicomi" in luoghi di cura non più reclusivi. Da allora le "comunità terapeutiche" si sono diffuse in tutto il territorio nazionale, ampliando il raggio d'azione sino ad altre criticità quali quelle della tossicodipendenza e del disagio sociale.
45. Con la legge 180 sono stati istituiti il Servizio psichiatrico ospedaliero, il *Day hospital*, le strutture residenziali quali le Comunità Terapeutiche Riabilitative e le Comunità Alloggio (Cfr. il progetto "Carte da Legare" promosso da SIUSA, Sistema Informativo Unificato per le Soprin-

tendenze Archivistiche, consultabile in: <http://siusa.archivi.beniculturali.it>).

46. G. BELLISARI, *L'ordinamento e la funzione attuale del Manicomio e lo stato odierno del problema dell'assistenza dei mentecatti della Provincia: relazione all'on. Deputazione ed all'on. Consiglio provinciale*, L'Aquila, 1908 p. 6.
47. P. LEVI, *Se questo è un uomo*, Torino, 1947.

CAPITOLO I

La fase premanicomiale

I.1 • La cura della follia nel mondo classico

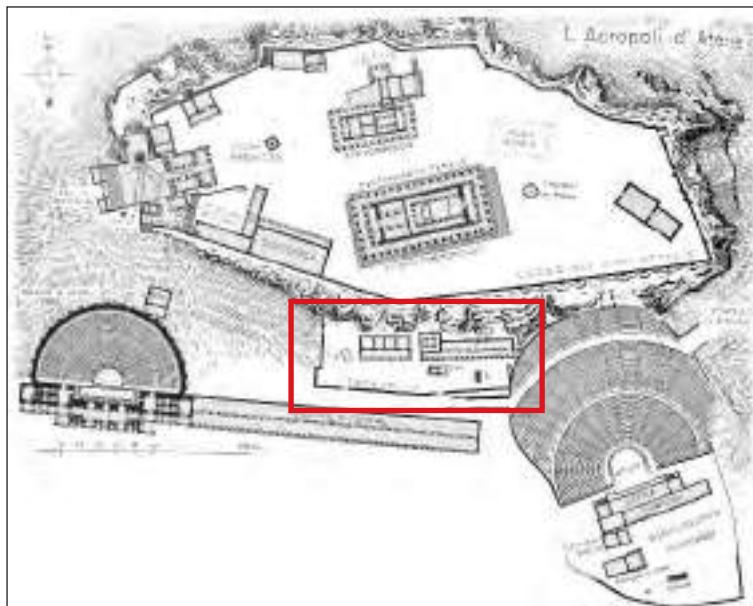
Nel mondo classico la follia è imprescindibilmente legata alla sfera sacra: il folle rappresenta infatti la voce del divino, da ascoltare ed interpretare¹.

Secondo Roy Porter furono i Greci tra V e IV sec. a.C. a dare per primi significato alla follia che, nella visione mitologica della realtà, viene considerata come uno degli strumenti mediante i quali le insondabili entità superiori – il destino e gli dei – regolano le vicende umane².

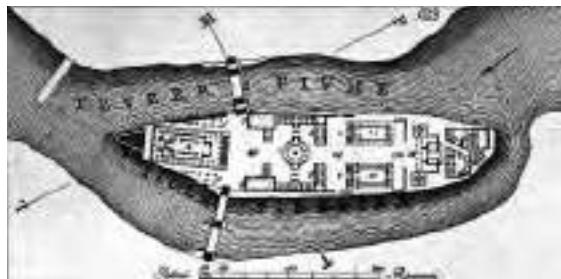
In quest'ambito i filosofi, ritenendo la follia una "malattia dell'anima", si contrapposero ai seguaci della scuola ippocratica, i quali, avendo scoperto le cause naturali della fisiologia e della patologia, consideravano la follia una "malattia del corpo"; in entrambi i casi si trattava quindi di una patologia "umana". Fu però Ippocrate (460-377 a.C.) a basare l'arte di guarire su basi razionali, infrangendo definitivamente l'interpretazione della malattia mentale come fenomeno sovranaturale. Individuata nel cervello la sede dei disturbi comportamentali, egli classifica le varie tipologie caratteriali in base alle connotazioni fisiche, creando la "teoria degli umori" che si basa sulla concezione biologica della malattia mentale.

Sebbene il medico metodista Sorano d'Efeso avesse indicato nel II sec. d.C. alcuni rimedi per tale tipo di malattia (bagni caldi e freddi, salassi, unguenti e purganti), nel mondo classico non vi è testimonianza dell'esistenza di specifici spazi terapeutici; nonostante ciò alcune norme del diritto romano ci lasciano intendere che le prigioni potevano svolgere anche la funzione di istituti di cura per i disordini della mente, con tutte le considerazioni da ciò derivanti³.

Le prime strutture adibite all'assistenza del malato nascono nella Grecia del III sec. a.C. all'interno degli *asklepeia*, i templi-ospedali dedicati al dio della medicina, dove gli infermi ricevevano la guarigione attraverso il contatto nel sonno con la divinità⁴. Tale culto fu condiviso dai Romani che nel 291



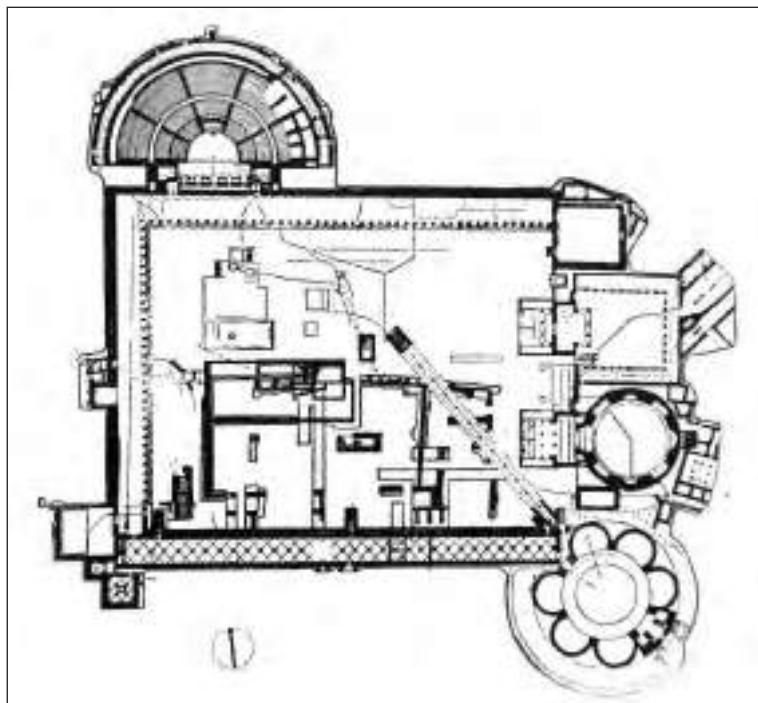
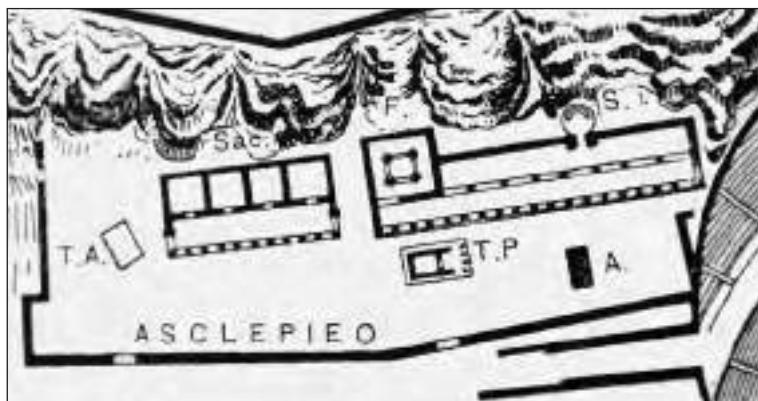
a.C. dedicarono ad Esculapio un tempio sull'isola Tiberina ove si praticavano i riti medicamentosi⁵; gli *ex voto* rinvenuti sul letto del fiume testimoniano infatti i numerosi pellegrinaggi che malati e parenti compivano nel sacro luogo per chiedere al dio la guarigione⁶. In realtà quello che viene considerato



Sopra: Atene, acropoli con *Asklepeion*, pianta di G. Durm.

A sinistra: Roma, l'Isola Tiberina con il tempio di Esculapio, pianta di G.B. Piranesi (1756).

come una sorta di primo ospedale era invece una struttura di accoglienza per gli schiavi malati che i padroni non avevano intenzione di curare⁷.



Analogamente ai Greci, per la guarigione dei malati i Romani si avvalevano di vari rituali religiosi in quanto anch'essi ritenevano che molte malattie derivassero da cause soprannaturali. In ciò la medicina romana si ricollegava alla concezione in uso presso gli antichi popoli latini e presso gli Etruschi, i cui luminari furono elogiati da Esiodo a proposito delle opere di canalizzazione realizzate per eliminare le infezioni causate dalle acque putride⁸. Il rapporto di dipendenza della civiltà romana da quella ellenica è testimoniata da Plinio, che ricorda come Archagatos, primo medico proveniente dal Peloponneso giunto a Roma nel 219 a.C., fu accolto così benevolmente che lo Stato gli offrì gratuitamente un ambulatorio⁹. Fu invece per mezzo di Galeno (130-200 d.C.) e degli altri medici greci che le moderne teorie sanitarie si diffusero a Roma, dove restarono dominanti fino alla caduta dell'Impero. Tuttavia la concezione "biologica" si impose solo nella classe sociale più elevata sotto il profilo economico e culturale, mentre la stragrande maggioranza della popolazione continuava ad interpretare attraverso la magia molti fenomeni della vita quotidiana, tra cui la follia. Nonostante ciò, a differenza della società ellenica che limitava alla sfera privata ciò che riguardava la salute del cittadino, il governo romano si occupò in modo consistente della sanità pubblica, tanto da istituire appositi servizi finalizzati a prevenire le malattie attraverso la costruzione di acquedotti di adduzione idrica nel territorio urbano, di bagni pubblici e di reti di smaltimento delle acque reflue. Nel III secolo d.C. gli insegnamenti erano ormai ordinati e la medicina greca perfettamente applicata mediante l'evoluzione delle regole igieniche¹⁰. Attraverso le scuole in tutto l'Impero venivano diffusi i capisaldi della politica sanitaria, impostata sulla realizzazione di terme, acquedotti e cloache, sulla razionalizzazione dei parchi, sulla sorveglianza igienica degli alimenti e soprattutto sulla inedita legislazione sanitaria. La stessa medicina legale svolgeva un ruolo rilevante nell'organismo giuridico dello Stato, che affidava al medico la responsabilità della salute del cittadino romano.

Da ciò si comprende l'importanza assunta dalla classe dei medici all'interno della struttura sociale, i quali esercitavano

nelle *medicatrīnæ* o nelle *tabernæ medicæ*, corrispondenti dello *iatreion* greco¹¹, dove però le cure praticate, sospese tra sacralità e magia, erano ben lontane dalla medicina moderna. In assenza di strutture sanitarie pubbliche nei pressi degli “ambulatori” erano sistemati delle specie di lazzaretti per la degenza dei pazienti operati, mentre come ospedali veri e propri funzionavano i *valetudinaria*, presenti presso le grandi aziende agricole e gli accampamenti e destinati ad accogliere non i cittadini comuni ma le persone necessarie al buon funzionamento dello Stato: i servi delle aziende agricole, gli atleti ed i militari¹². I primi esempi di ricoveri pubblici per malati, precursori degli ospedali moderni, si fanno risalire all’età di Costantino¹³, quando sorsero vari tipi di strutture per la cura del malato tra cui lo *xenodocheion*, in cui si assistevano stranieri e pellegrini, e il *nosokomeion*, specificamente rivolto al ricovero ed alla cura dei malati locali. Lo *xenodocheion* non svolgeva quindi funzione ospedaliera, ma soddisfaceva bisogni di tipo sociale quali la somministrazione di cibi, bevande e vestiti, oltre ad assicurare la cura dei malati. Esso derivava il proprio impianto da quello del tempio, anche se più articolato; un esempio completo del tipo è lo *xenodocheion* di Ostia, formato da basilica, corte interna porticata, corridoi di distribuzione dei flussi e camerate per gli infermi¹⁴. Se le circostanze lo richiedevano, lo *xenodocheion* poteva trasformarsi in *nosokomeion* o venire utilizzato come tale; anche sotto il profilo dell’impegno costruttivo i due tipi non vanno confusi con l’ospedale moderno, in quanto entrambi avevano dimensioni molto modeste, rapportabili a quelle della *taberna medica*.

1.2 • Il Medioevo Islamico

L’antico Islam mostra un interesse notevole e senza precedenti nei confronti sia dell’attività ospedaliera nel suo complesso che del malato di mente, che in arabo è detto “*majnûn*”, ovvero “il posseduto dai *jinn*”, gli spiriti¹⁵. Tale termine fu nei secoli impiegato in relazione ai disturbi psichici, ma anche all’estasi creativa, all’esaltazione amorosa ed all’ispirazione dei profeti, mentre “*folia divina*” (“*Junûn ilâhi*”) era definita la “sete di Dio” dei Sufi. Per i medici arabi la salute mentale

coincideva con l’*aqī*, ovvero la ragione intesa come la capacità dell’uomo di distinguere ciò che è giusto da ciò che è errato e quindi di comportarsi in modo conseguente. “Pazzi” sono in sostanza coloro che, non avendo sviluppato l’*aqī*, vivono in una condizione di non-conoscenza come i bambini ed i vecchi, cui, come ai “pazzi”, è concessa la totale deroga dal digiuno del *Ramadan*. Fin dagli inizi nei territori dell’Islam, molto prima che in Europa, le strutture sanitarie ospitavano reparti specializzati per il ricovero e il trattamento delle patologie della mente, ad ulteriore conferma del singolare interesse nutrito verso di loro dalla medicina araba, estremamente attenta all’integrità somatica e psichica del singolo soggetto. La conoscenza sanitaria islamica si era formata sulla base della dottrina ippocratea e galenica, dominante ad Alessandria d’Egitto, nonché di quella persiana e indiana, particolarmente diffusa a Jundīshāpūr, principale scuola del Tardo Antico, cui andò ad aggiungersi la cosiddetta “Medicina del Profeta” (“*Tibb al Nab*”), un gruppo di oltre venticinque testi, composti tra il IX e il XVIII sec., in cui si riportavano i detti del profeta Muhammad riguardanti la medicina. Nello *xenodocheion* della città persiana di Jundīshāpūr, fin dall’epoca sassanide (226-651 d.C.), si erano andate raccogliendo le più avanzate conoscenze mediche, provenienti dai diversi mondi della cultura, da quello greco a quello siriano ed indiano¹⁶.

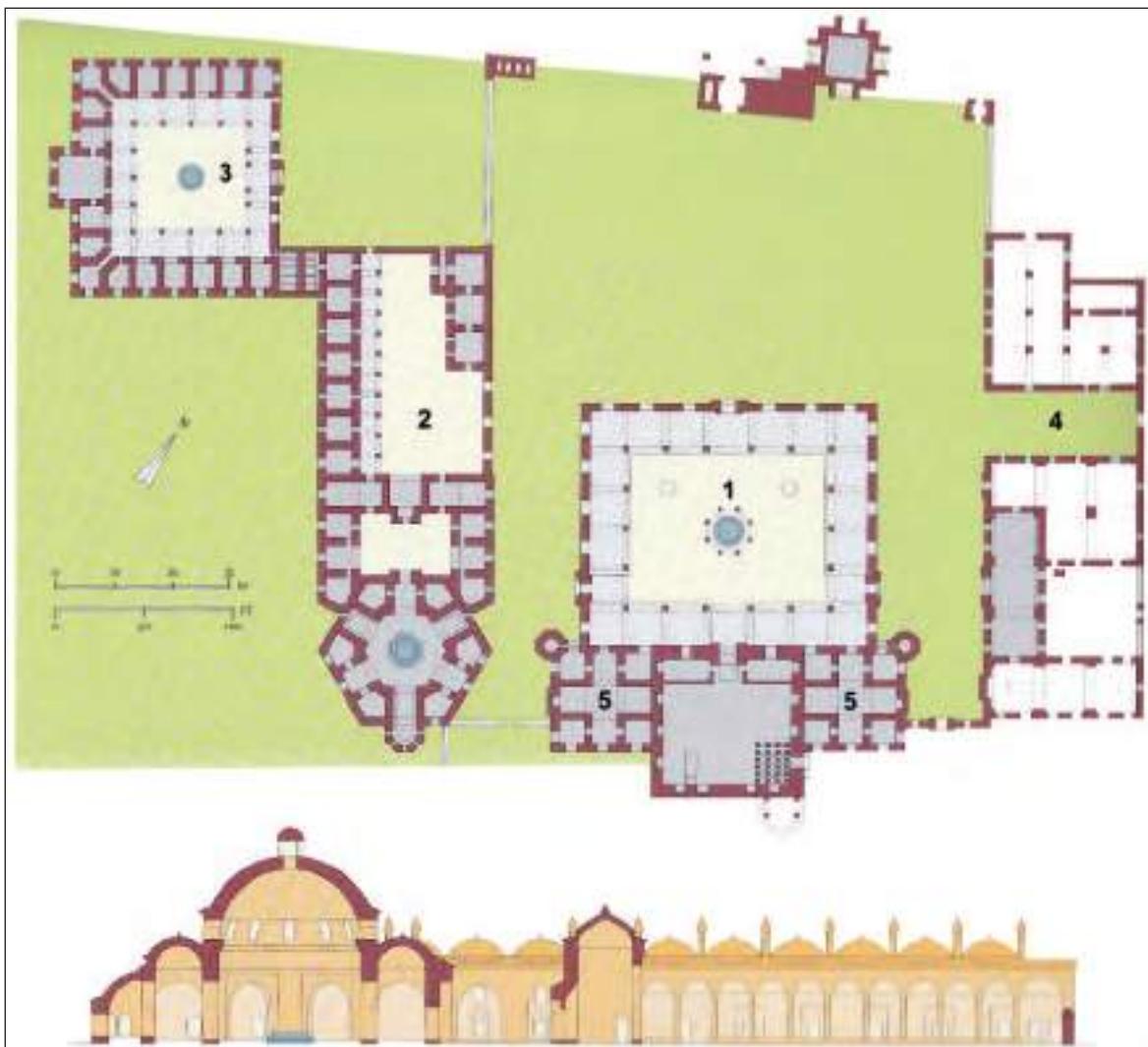
Un primo ospedale fu fondato nel 707 a Damasco dal califfo âl Walid Mansûrî, ma dal 790 il centro dominante divenne Baghdâd, nei cui quartieri vennero dislocati dieci ospedali¹⁷, dotati anche di farmacie e biblioteche pubbliche. Con l’avvento dell’impero abbaside vennero create nuove strutture sanitarie, che offrirono un contributo decisivo allo sviluppo della medicina ed alla cura della follia. I *bimârîstân* (o *marîstân*, da *bimar*: malato, ma anche *dar âl Marda*), erano composti da un patio ottagonale con una fontana al centro e dodici piccole stanze¹⁸. Il reparto destinato ai malati di mente accoglieva solo pazienti gravi e agitati; le camerate avevano quindi finestre protette da inferriate ed erano munite di catene per l’isolamento provvisorio. Lo scrosciare dell’acqua della fontana, la fioca luce che pioveva dall’alto attraverso una piccola fessura triangolare,

Nella pagina a fianco, in alto: Atene, *Asklepeion*, pianta di G. Durm, particolare.

Nella pagina a fianco, in basso: Pergamo, *Asklepeion*.

l'isolamento e il trattamento medico costituivano tutti mezzi di sedazione. Dopo aver superato la fase acuta, i pazienti venivano trasferiti in un padiglione intermedio, costituito da sette stanze più spaziose e maggiormente illuminate con un patio in cui spiccava una fontana di proporzioni maggiori ri-

spetto alla precedente. Sempre a Baghdâd nell'832 venne poi fondata dal califfo abbaside Hârûn âl Rashîd la *Bayt âl-Hikma* ("Casa della Saggezza"), una delle massime istituzioni culturali nella storia del mondo arabo, dotata della più grande biblioteca dell'Islam. La "Casa della Saggezza" ospitava l'equi-



A destra: Edirne, *Kulliye*, pianta e sezione longitudinale.
 1. Moschea;
 2. Ospedale e "manicomio";
 3. Scuola di medicina;
 4. Cucina e panetteria;
 5. *Madras* e biblioteca.

valente di una moderna Facoltà di Medicina, ma nel contempo era un ospedale aperto a tutti i malati, senza distinzione di sesso o razza, con speciali sezioni per gli alienati¹⁹.

A seguito del disgregarsi dell'impero abbaside e della nascita di dinastie autonome dall'autorità califfale si moltiplicarono



i centri locali in cui vennero edificate nuove strutture sanitarie. Il primo ospedale destinato esclusivamente ai malati di mente, fondato intorno al 1157 ad Aleppo da Nûr âl Dîn Mahmoud Zanjî, fu ricostruito nel 1260 dal mamelucco âl Nasir e conteneva tre reparti: "inizio", "cura" e "cronici". Tuttavia Anche *bimàristàn* con ricoveri per malati di mente erano presenti in Marocco, Algeria e in tutto il Maghreb. Tali attività presero piede anche in Turchia, ove i notabili locali eressero numerose strutture sanitarie, a volte di aspetto monumentale. L'ospedale di Divrigi, annesso alla grande moschea, venne costruito nel 1228-29 d.C. (anno 626 dell'Egira), come testimonia l'iscrizione sovrastante il portale. Costruito per ordine della principessa Turàn Malik dall'architetto Khurramshad Ahlat, il complesso comprendeva ambienti in cui si praticavano anche speciali trattamenti come la musicoterapia, la cromoterapia e l'idroterapia per la cura degli stati schizofrenici. Ad Edirne, invece, tra il 1484 ed il 1488 fu realizzata la *külliyè* ("fondazione religiosa"), voluta dal sultano Bayezid II (1481-1512 d.C.)²⁰ e progettata dall'architetto Mimar Hayreddin. Il vasto complesso

comprendeva due scuole coraniche (*madaris*), un'ampia moschea preceduta da un cortile porticato, una scuola di medicina, un ospedale per infermi di mente, un'infermeria e una mensa popolare (*imaret*)²¹. Così la struttura è descritta dallo scrittore ottomano Evliya Çelebi (1611-1684):

«Alcune stanze sono riscaldate in inverno a seconda della natura della malattia (...) in primavera, al tempo della malattia mentale, i cittadini che diventano malati d'amore e di melancolia vengono ricoverati in qualcuna delle stanze»²².

I.3 • La nascita degli ospedali in Europa

In Occidente nei primi secoli del Medioevo le carestie, le tragiche condizioni ambientali ed il decremento demografico impediscono di tracciare una linea di demarcazione tra povertà e malattia²³. La stessa medicina cristiana non è in grado di distinguere il povero ed il malato dal folle, che vengono tutti assistiti nei primi *hospitalia*, le cui funzioni oggi sono delegate a strutture speciali; essi infatti accoglievano indistintamente bisognosi, emarginati di ogni specie e pellegrini, malati ed infermi di mente, con l'intento umanitario è strettamente connesso a quello terapeutico.

A quei tempi la cristianità attribuiva alla povertà un valore spirituale ed inoltre le sofferenze quotidiane che la stessa causava valevano come modello di vita per le comunità monastiche²⁴; in tal senso la follia equivaleva ad una manifestazione di indigenza ed era quindi tollerata in quanto parte del tessuto sociale. Il Cristianesimo medievale assimilò entrambe le interpretazioni del pensiero greco per le quali la follia era un trauma morale oppure una malattia, conciliata nella propria cosmologia che vedeva la follia come manifestazione della divina provvidenza. In tale interpretazione il disordine mentale diveniva l'effetto della guerra combattuta tra Dio e Satana per il possesso dell'anima del soggetto. Almeno in teoria, la voce del folle era lo strumento attraverso cui Dio faceva ascoltare la sua voce e quindi, dal Medioevo al Rinascimento, il pensiero cristiano vide nella follia un fe-

A sinistra: Edirne, Kulliye, foto attuale.

no meno dicotomico religioso e laico, etico e patologico, divino o diabolico, buono o malvagio.

L'etica cristiana contribuì a creare una rete di *domus*, dette inizialmente *pia loca* e poi *hospitalia*, diffuse in Italia dal VI



secolo, sino al periodo Franco, quando si affermò il termine "*hospitale*". Si trattava di strutture proto-ospedaliere di accoglienza, che non a caso derivavano il proprio nome dall' "*hospes*", ovvero dalla camera destinata agli ospiti. Sotto il profilo architettonico erano fabbricati modesti costituiti da pochi o addirittura da un solo ambiente, fondati e gestiti dagli ordini religiosi. Nella Francia del VII secolo si diffusero invece gli *Hôtel-Dieu*, strutture assistenziali situate in genere in prossimità delle cattedrali e assoggettate all'autorità vescovile. Inizialmente destinati all'assistenza di pellegrini e viaggiatori da evangelizzare, pian piano assunsero precipue funzioni ospedaliere, fino a trasformarsi in *Hôpitaux généraux* o in veri e propri ospedali.

In Italia le prime organizzazioni assistenziali ospitarono soprattutto lebbrosi e appestati, ma anche ogni tipo di poveri ed indigenti, poiché l'intendimento dei primi nuclei di assistenza era quello di affrontare il problema del vagabondaggio circoscrivendone la virulenza. A Reggio Emilia l'ospizio di San Lazzaro, fondato nella seconda metà del XII secolo per assistere i lebbrosi, venne aperto dal 1348 agli appestati²⁵. Nel 1269 ad Aversa fu edificato il lazzaretto di S. Maria Maddalena, in cui sono rinchiusi, oltre agli appestati, anche poveri, vagabondi e folli. Un'altra struttura intitolata a S. Maria Maddalena venne istituita nel 1352 a Bergamo dalla confraternita dei Disciplini, che restaurò ed ampliò una casa da trasformare in ospedale specializzato nell'assistenza dei pazzi.

1.4 • Il grande internamento della follia

In età rinascimentale la società muta atteggiamento ideologico nei confronti della povertà, della "devianza" e quindi della malattia mentale, in quanto tali forme di diversità perdono il valore spirituale attribuito loro dall'etica e dalla religione del Medioevo. Se infatti nell'età di mezzo il povero era visto come il tramite divino per guadagnarsi la salvezza eterna grazie agli atti di carità, per l'ideologia della nuova classe borghese la povertà è sinonimo di condotta disdicevole, e nel contempo «causa e motivo di peccato, ribellione e di sovvertimento dell'ordine»²⁶. Il folle diviene dunque una minaccia per l'ordina-

mento civile e, in quanto “inutile”, ne viene escluso assieme alle altre figure non funzionali al sistema economico-sociale: poveri, malati e criminali. In tal senso, sotto il profilo etico-comportamentale, la comunità contrappone la ragione alla non-ragione, confinando quest’ultima in spazi sicuri con la pretesa di eliminare la follia attraverso l’isolamento. Inoltre nel secondo Cinquecento si avverte «una nuova presa di posizione della Chiesa riformata davanti all’intero problema della carità»²⁷.

Tra XVI e XVII secolo nascono dunque in Europa le grandi case di internamento quali le *Workhouses* britanniche, gli *Hôpitaux généraux* francesi, o gli *Zuchthäuser* tedeschi²⁸. Nel 1576 in Inghilterra una legge di Elisabetta I istituisce le *Houses of correction*²⁹, allo scopo di punire i vagabondi e dar sollievo ai poveri. Organizzate in case di lavoro (*workhouses*) diventano in breve un importante mezzo con cui combattere la mendicizia, associando l’assistenza ai poveri alla rieducazione al lavoro per ottenere sia il riscatto morale che la redditività economica³⁰. Per tutto il Seicento in Europa l’ospedale non è dunque, in senso moderno, un luogo pubblico di cura dei malati ma piuttosto una struttura per l’internamento e la segregazione. In questa fase «le strutture lasciate libere dai lebbrosi rivelano finalmente la loro utilità nell’accogliere una vasta umanità di individui respinti dalla città, diventando ospedali ed al contempo carceri per individui di ogni tipo ed estrazione sociale»³¹. Folli, criminali e dissidenti politici, ogni forma aliena all’etica sociale dominante viene perseguita ed imprigionata. Con la non-ragione vengono inoltre apparentate attività quali la magia e l’alchimia ed anche forme di sessualità come l’omosessualità e la sodomia; anche il suicidio viene considerato nient’altro che una manifestazione di follia.

Documento esemplare di tale strategia è l’editto con cui nel 1656 Luigi XIV fonda l’*Hôpital Général de Paris*, definito da Foucault “il terzo stato della repressione”. Alcune istituzioni già esistenti, come la Bicêtre e la Salpêtrière, entrano a far parte di un’unica struttura amministrativa e vengono destinati all’accoglienza ed alla “correzione” di folli ed alienati³².

Nello stesso anno il Sovrano affida all’architetto Libéral Bruant

la realizzazione di una *Maison de force* nella fabbrica di polvere da sparo della Salpêtrière, in cui si consuma l’esperienza emblematica dell’internamento durante l’*âge classique*³³. Con la finalità di togliere dalle strade i mendicanti, impegnando

Nella pagina a fianco: Lione, mappa della città con l’antico *Hôtel Dieu* (1550 circa).

A sinistra: Parigi, *Hôpital de la Salpêtrière*, (*Plan Générale de la Ville et des Faubourgs de Paris* di G.R. de Vaugondy, particolare, 1760).

In basso: Parigi, *Hôpital de la Salpêtrière* (incisione di B. Winkles, 1829).



ed istruendo i poveri in spazi adatti alla bisogna, iniziano i lavori nel *faubourg Saint-Victor*, zona rurale e per di più scarsamente popolata. All’interno di un’area dell’estensione di



oltre trenta acri, si realizza quanto necessario a rendere l'opera autosufficiente, con orti, recinti per il bestiame, un mulino, serbatoi, pompe per l'acqua, depositi di legname, fabbriche di abbigliamento, oltre ad infermerie, lavanderie, scuole, appartamenti per guardie ed amministratori, prigione e cimitero; a pazzi ed epilettici vengono riservati appositi reparti.

La chiesa di Saint-Louis (1670-77), progettata dallo stesso Bruant assieme a Louis Le Vau, si erge dal complesso con la sua alta cupola ottagonale, dominando visivamente l'intero *faubourg* per esprimere la funzione redentrice dell'istituto. L'edificio ha una pianta a croce greca con i quattro bracci conclusi ognuno da una cappella il cui altare maggiore cade nella proiezione a terra della cupola. In tal modo la chiesa

può ospitare – e nel contempo “isolare” – le diverse categorie di malati, fino a mille per ogni braccio. Nell'architettura della Salpêtrière troviamo i caratteri propri del periodo del Re Sole, quali il monumentalismo e l'ossessione per il dettaglio, mentre l'eclettismo che la struttura mostra nel suo complesso è il risultato della sovrapposizione nel tempo delle diverse funzioni che vanno ad aggiungersi man mano³⁴. Ad esempio, già nel 1680 un nuovo editto reale determina una notevole modifica dell'assetto originale promuovendo la realizzazione della sezione detta “*le commun*”, destinata ad accogliere le prostitute. Come appare evidente, non si tratta di un'istituzione medica, ma di una struttura che aveva diritto a giudicare senza appello all'interno dei propri confini. Come ricorda Foucault, è nella



A destra: Parigi, Hôpital de la Salpêtrière, foto stato attuale.

Salpêtrière «che nasce davvero l'esperienza dell'internamento, destinata ad essere emblema di tutto il modo di pensare e di reagire alla follia durante l'Età Classica»³⁵. In questo genere di istituti non viene offerta alcuna assistenza agli infermi ed in tal senso l'Ospedale Generale di Parigi è tutt'altro che «un luogo pubblico di cura dei malati»³⁶. Le strutture create per segregare la non-ragione condividono i propri caratteri con il carcere e con l'ospizio, in quanto i suoi «ospiti» sono in parte assistiti ed in parte puniti. Le condizioni igieniche appaiono poi estremamente precarie in quanto il medico è una figura marginale, da interpellare solo in caso di gravi malattie fisiche; inoltre il folle, «una delle tante forme della non-ragione», viene rinchiuso con gli altri, senza aver diritto a trattamenti specifici³⁷.

L'Italia segue la pratica europea dell'internamento con gli «ospedali dei pazzi», o più semplicemente «pazzerelli», fondati da religiosi tra il XVI e XVII secolo in tutto il territorio nazionale. Tuttavia le istituzioni tardo-rinascimentali della Penisola, attenuando il carattere reclusorio delle coeve fondazioni europee, pur non avendo carattere di ospizio o reclusorio, sono strutture in cui la follia è custodita e curata. Pur non essendo destinati alla cura specifica della mente malata, essi presentano allo stato embrionale la conformazione della futura istituzione manicomiale³⁸. A Roma intorno alla metà del XVI secolo una confraternita di gentiluomini spagnoli vicini ad Ignazio di Loyola fonda il primo nucleo del futuro ospedale di S. Maria della Pietà in piazza Colonna, allo scopo di accogliere i pellegrini giunti in città per il giubileo. Dal 1562 la struttura sviluppa l'assistenza rivolta anche ai malati di mente, funzione che diviene poi esclusiva verso il 1579. Molto importante a riguardo è la bolla *Illius qui pro dominici* con la quale Pio IV, rivolgendosi la propria attenzione agli «egenos et vagos» («bisognosi ed errabondi») conferisce alla follia il significato di «sofferenza» da collocare all'interno del dibattito dell'intelletto e dell'anima, evitando quindi di sancire la repressione («*ad illorum insaniam curandam operam medicorum adhibere caeperunt*»)³⁹. Tale tipo di assistenza nel 1536 è garantita anche a Reggio Emilia e nel 1560 a Bologna, mentre a Milano, dopo la grande pestilenza, nel



A sinistra: Roma, Piazza Colonna con il primo ospedale di S. Maria della Pietà (affresco di Villa Montalto, 1586-89).

1642 viene aperto l'«hospitale dei matti» di S. Vincenzo in Prato, che però non limita le proprie funzioni alla sola assistenza degli infermi di mente. Infine a Firenze nel 1643 viene fondata la «Pia Casa di Santa Dorotea dei Pazzerelli», modellata sull'esempio romano di S. Maria della Pietà, e nel 1688 la Pizzeria di Santa Maria Nuova⁴⁰.

Tale inedita struttura, nella quale la povertà primeggia sulla malattia e la carità sul trattamento medico, mostra i medesimi caratteri di quella descritta da Tomaso Garzoni da Bagnacavallo nel suo *Hospitale de' pazzi incurabili*, pubblicato nel 1586. Nel «singolare affresco della più stravagante umanità»⁴¹, l'autore riferisce di una visita svolta dietro compenso di una moneta da venti soldi al «manicomio universale» in cui sono rinchiusi i rappresentanti, antichi e contemporanei, delle diverse forme di follia. All'inizio del Settecento questi istituti di ispirazione tardo-rinascimentale vengono aperti a Torino, Alessandria, Lucca, Parma, Bologna e Ancona, esperimenti di tipi disparati, ognuno con la propria storia ed il proprio contesto.

Note

1. Cfr. V. ANDREOLI, *Istruzioni per essere normali*, Milano, 1999.
2. Cfr. R. PORTER, *Storia sociale della follia*, Milano, 1991.
3. Cfr. L. DANKWART, *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa*, Ingelheim am Rhein, 1967.
4. Gli *asklepeia*, «generalmente costituiti da un ampio spazio indifferenziato ove viene praticata una terapia sia religiosa, sia igienica», si sviluppano intorno a fonti o a boschi sacri acquisendo nel tempo un aspetto monumentale (S. CAPOLONGO, *Edilizia ospedaliera ed evoluzione sociale*, in *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Milano, 2006, p. 2). Tra i più monumentali vanno ricordati l'*asklepeion* di Atene, costruito ai piedi dell'acropoli nel IV secolo a.C., e quello di Coo, eretto nel III secolo a.C. su di un preesistente tempio dedicato ad Apollo. I caratteri del tipo sono chiaramente definiti nell'*asklepeion* di Epidauro, costruito nel 380-375 a.C. dall'architetto Teodoto; si tratta infatti di un periptero dorico di 6 x 11 colonne con cella a navata unica distila *in antis*, priva di opistodomo. Nel sotterraneo della Tholos dovevano trovarsi inoltre i serpenti vivi sacri ad Asclepio, essendo le fondazioni costituite da mura circolari concentriche a formare una sorta di labirinto. L'*asklepeion* di Pergamo, costruito in età ellenistica, è invece molto più complesso, in quanto risulta suddiviso in spazi funzionali e circondato da costruzioni accessorie come la piscina all'aperto e l'edificio a due piani con vasche circolari per i trattamenti termali. In questo caso, «la distribuzione degli spazi, la presenza di scale interne ed esterne e il meccanismo idraulico per rinnovare l'acqua delle vasche denotano l'esistenza di criteri di funzionalità, di sicurezza e di igiene» (*ibidem*).
5. C. CALCI, *Roma Archeologica*, ivi, 2005, pp. 297-298.
6. Liv., X, 47, 6; Ov., *Met.*, XV, 622 sgg.
7. K. W. WEEBER, *Vita quotidiana nell'antica Roma*, ivi, 2003 pag. 208. L'imperatore Claudio mise fine a tale consuetudine, disponendo che lo schiavo guarito dopo essere stato abbandonato potesse riacquistare la libertà (Suet., Claud., 25, 2; Cfr. DC, LX, 29; Dig., XI, 8, 2). Lazzaretti del medesimo tipo si trovavano anche nei latifondi ove si allestivano dei *valetudinaria*, ricoveri per curare i braccianti che si fossero ammalati, ma solo dopo che fosse stata accertata la reale sussistenza della malattia (Columella, XI, 1, 18; XII, 3, 730). L'amministratore è incaricato di far «aerare ogni tanto i *valetudinaria*, anche se momentaneamente vuoti, e di tenerli sempre puliti, cosicché in ogni caso di bisogno gli ammalati li trovino sempre in ordine» (XIII, 3, 831). Doveva quindi trattarsi di una specie di infermeria con stanze per i malati, presente di solito anche nelle case dei proprietari.
8. I.A. BERNABEO, G.M. PONTIERI, G.B. SCARANO, *Elementi di storia della medicina*, Padova, 1993, p. 71. Eschilo e Teofrasto, figli della Maga Circe, divennero principi etruschi versati nell'arte della madre, esperta in farmaci; Esiodo parla della grande rinomanza dei medici etruschi particolarmente attenti all'igiene, come dimostrano le opere di canalizzazione finalizzate all'attività agricola ma anche all'eliminazione delle acque putride.
9. Plin., NH, XXIX, 12 sgg. Questi era talmente propenso a «bruciare e tagliare» le carni dei pazienti, da meritare ben presto l'appellativo di *carnifex* ("boia" o "macellaio").
10. I medici greci finirono con l'acquisire una valida preparazione scientifica, basata sulle opere di Ippocrate da Coo e di Galeno da Pergamo (II sec. a.C.), fondatore della medicina sistemica, ma anche di Sorano sulle malattie ginecologiche (I, II secolo d.C.), di Dioscoride sulla farmacologia (I secolo d.C.), nonché sul *De medicina* di Celso.
11. Nell'antica Roma lo studio del medico non era dissimile dalle altre botteghe presenti nel foro, tanto che gli archeologi le hanno identificate solo grazie ai reperti di strumenti medici. L'arredamento era alquanto frugale e consisteva in un lettino, un paio di sedie e sgabelli e varie cassette o cassapanche per conservare i "ferri del mestiere" (strumenti, pozioni, teli, bende ed anfore con acqua, olio e vino).
12. Cfr. DANKWART, *Dieci secoli ...*, cit.
13. Ivi.
14. R. GIANNANTONIO, *Il Palazzo della SS. Annunziata in Sulmona*, ne "I Saggi di OPUS", n. 6 (1997), Pescara, 1997 p. 24.
15. Cfr. G. S. MELA, *Islam: nascita, espansione, involuzione*, Roma, 2005. Tra i più importanti personaggi della Medicina islamica vissuti prima dell'anno Mille che si interessarono di psichiatria ricordiamo il persiano ÂbûBakr Muhammad âlRazî (854-925/935), discepolo del grande 'Alî âlTabarî, che scrisse il trattato *Kitâb âlHâwî fi âlTibb*, in cui quattro capitoli erano dedicati alle malattie della mente; nell'altra sua opera *Sîra âlFalsafiyya* ("Medicina spirituale") tale argomento impegna invece ben venti capitoli. Il primo rilevante trattato di psichiatria può essere considerato quello scritto nell'VIII secolo da Najab âlDîn Ūnhammad di Samarcanda, seguito nell'XI secolo dal *Risalah fi âlTibb wa âlAhdat âlNaf saniya* di Âbû Sa'yd bn Bakhty-shû'. L'opera di maggiore importanza è però il

- Qânûn* ("Canone") di Avicenna (Ībn Sīnâ, Âbû 'Alī), nato nel 980 ad Āfshana di Bukhârâ (Uzbekistân) da una principessa della tribù turca delle Sette frecce. Nel settore della psichiatria, sono ampiamente trattati fenomeni quali delirio, frenite, letargia, caroco, apatia, melanconia; inoltre sono dettati rimedi contro l'epilessia mentre l'ansia viene distinta dalla depressione. Tra le varie patologie, la più studiata dai Medici islamici è proprio la depressione, come testimoniano il *Kitâb âlĀzmina* di Ībn Mâsawayh (793-857), il *Kitâb âlHudûd* di Âbû âlĀsh'ath (886-970) ed il *Sivân âlHikma* scritto nel 902 da Īshâq bn Hunayn; inoltre lo psichiatra Īshâq bn 'Imrân (morto nel 970) scrive il *Maqâla fi âlMâlîhûliyâ* ("Trattato della Melanconia"), tradotto in latino da Costantino l'Africano (sull'argomento cfr. le opere di G. MANDEL, quali: *Storia del Sufismo*, Milano, 1995; *Dizionario dell'Islam*, Milano, 2006; *La musicoterapia dei sufi*, Milano, 2005).
16. D. DE MAIO, *Terapia e farmacologia psichiatrica nel medioevo islamico*, in *Medicina nei secoli*, 1, Milano, 2002, pp. 39-68.
 17. C. LO JACONO, *Storia del mondo islamico (VII-XVI secolo) - Il Vicino Oriente*, Torino, 2003, p.125.
 18. *Ibidem*. I *Bimâristân* con annessi "asili" per malati di mente si diffusero anche in Marocco, Algeria ed in tutto il Maghreb.
 19. Cfr. M. W. DOLS, *The origins of the Islamic hospital: myth and reality*, Oxford, 1992. La Bayt al-Hikma, creata per essere la biblioteca privata del califfo Hârûn al-Rashid, venne poi ampliata dall'832 ad opera di al-Ma'm n, figlio e successore di Hârûn che la corredò di un patrimonio librario di circa cinquecentomila testi.
 20. Cfr. H. STIERLIN, *Turchia: dai Selgiuchidi agli Ottomani*, Köln, 1999.
 21. Ancora oggi si nota come la disposizione eterogenea del complesso rispetti l'orientamento della moschea, un volume cubico coperto affiancato dalle due *madaris* a pianta quadrata e coperto da una cupola del diametro di 23 metri. Di tutto l'insieme, è proprio il ricovero per i malati di mente (un lungo corpo di 85 metri) a costituire l'elemento più plastico, con un cortile porticato asimmetrico di grande leggerezza rivolto verso nord. In opposto è situata invece una struttura esagonale con una vasca termale sormontata da una cupola centrale a sua volta circondata da dodici cupole minori.
 22. DE MAIO, *Terapia ...*, cit., pp. 39-68.
 23. S.A. MANZI, *La formazione della psichiatria in Irpinia, dalla "pazzeria" degli Incurabili ai Dipartimenti di Salute Mentale*, Napoli, 1994, p. 26.
 24. *Ibidem*.
 25. Nel 1755 il duca Francesco III d'Este stabilirà che il ricovero di San Lazzaro avrebbe dovuto accogliere solo "insani di mente". Nella struttura reggiana venne ricoverato nel 1937 Antonio Laccabue, dal 1942 Ligabue. Alla storia del S. Lazzaro Reggio Emilia ha dedicato l'evento dal titolo *Attilio Marchesini, La corte del Diavolo: Lebbrosi, Deformi, Pazerelli nel Ricovero di San Lazzaro (XIII-XIX secolo)*, svoltosi il 27 giugno 2011 nel Padiglione Lombroso del Complesso di S. Lazzaro.
 26. M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, 1972 (ed. it. *Storia della follia nell'età classica*, trad. di F. Ferrucci, prefazione e appendici tradotte da E. Renzi e V. Vezzoli, Il ed., Milano, 2000, p. 55).
 27. *Ibidem*.
 28. S.A. MANZI, *La formazione della psichiatria in Irpinia, dalla "pazzeria" degli Incurabili ai Dipartimenti di Salute Mentale*, Napoli, 1994, p. 26.
 29. FOUCAULT, *Histoire ...*, cit., p. 59.
 30. Nel 1631, sull'esempio inglese, anche a Berna fu aperta una casa di correzione di tal genere quale nuovo reparto dell'ospedale generale.
 31. M. FOUCAULT, *Histoire ...*, cit., p. 55.
 32. L'ospedale di Bicêtre, aperto dal 1634, era stato concepito come ospedale militare, ma venne poi impiegato, anche in contemporanea, come orfanotrofio, prigione, manicomio e ospedale.
 33. La fabbrica deve il suo nome al salnitro (*salpêtre*), uno dei principali componenti della polvere nera (cfr. R. MOWERY ANDREWS, *Law, Magistracy, and Crime in Old Regime Paris, 1735-1789: The system of criminal justice*, Cambridge, 1994). È qui che Diana Spencer, principessa di Galles, morì nell'agosto 1997 a seguito di incidente stradale.
 34. J. TENON, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, in MOWERY ANDREWS, *Law ...*, cit.
 35. FOUCAULT, *Histoire ...*, cit., p. 55.
 36. Cfr. R. PICCIONE, *Manuale di psichiatria*, Roma, 1995.
 37. Ivi.
 38. L. ROSCIONI, *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, 1998, p. IX.
 39. F.M. FERRO, *Il gran teatro della romana pietà*, in A. BONFIGLI, F. FEDELI BERNARDINI, A. IARIA, *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai Papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, v. II, ivi, 1994, pp. 32-33.
 40. Cfr. G. MAGHERINI, *Le prime istituzioni per folli a Firenze: Santa Dorotea dei Pazerelli (1643) e Pazzeria di Santa Maria Nuova (1688)*, ivi, 2002.
 41. ROSCIONI, *Il governo ...*, cit, p. IX.

CAPITOLO II

La fase manicomiale

In basso: York, *York Retreat*, vista prospettica (S. TUKE, *Description of the Retreat*, 1813).

Nella pagina a fianco, in alto: Londra, *Bethem Royal Hospital* a Moorfields e *New Bethem Royal Hospital* a St. George's Fields, (immagini d'epoca).

Nella pagina a fianco, in basso: Londra, *New Bethem Royal Hospital* a St. George's Fields, pianta di S. Smirke (1834).

II.1 • I manicomi pubblici in Inghilterra tra Settecento e Ottocento

Durante tutto il Settecento lo spirito riformatore dell'Illuminismo determina un rinnovamento di pensiero anche in campo sanitario: molti addetti al settore si fanno portatori di nuove teorie incoraggiate dall'affermazione della Rivoluzione Scientifica. Nel corso del secolo comincia dunque a farsi strada l'idea della salute come diritto a cui tutti devono poter accedere¹, mentre l'ospedale cessa di essere il "luogo della buona morte" per diventare la sede dell'applicazione dell'arte medica ed uno dei più importanti luoghi di trasmissione del sapere scientifico attraverso nuove modalità accademiche². L'intento illuministico di riforma dell'ospedale riguarda anche la "curabilità" della follia inquadrata tra le priorità terapeutiche, sostenuta dall'impianto politico-amministrativo che avrebbe dovuto produrre uno sviluppo sociale più organico. Grazie al nuovo atteggiamento riformista di molti regnanti

europei ed alla diffusione dell'*esprit systématique* che caratterizza l'Epoca dei Lumi, alla fine del Settecento il processo si completa mediante la creazione di strutture sanitarie destinate ad accogliere la composita pletora di «derelitti, mentecatti e folli» allontanata dagli ospedali³. A partire dalla metà del secolo gli innovatori concordano nel ritenere inefficace la medicina tradizionale ed i mezzi di contenzione fisica sino ad allora impiegati, optando a favore di metodi "moralì" basati sulla ragionevolezza e sull'umanità. Finalmente il movimento "morale", molto diffuso in Inghilterra sullo scorcio del Settecento, giunge alla determinazione di trattare i pazienti quali esseri umani potenzialmente curabili⁴. Nel 1796 dopo essere stato informato dello spaventoso trattamento subito dalla paziente quacchera Hannah Mills nello *York Asylum* di Leeds, un ospedale gestito da volontari, il mercante in pensione William Tuke fonda presso Lamel Hill a York l'"asilo" nazionale per quaccheri denominato *The Retreat*⁵. Non si tratta ancora di un manicomio in senso stretto, poiché il carattere religioso dell'istituzione è fortemente condizionante; i Tuke, infatti, gestiscono *The Retreat* come se i pazienti fossero membri di una grande famiglia, in totale tranquillità e senza alcuna limitazione. *The Retreat* ospita un numero crescente di pazienti anche non quaccheri ed i suoi metodi destano l'interesse di tutto l'ambiente legato alla cura della mente, sia in Inghilterra che all'estero. La filosofia terapeutica che Samuel Tuke, nipote di William, definisce nel 1813 "*moral treatment*"⁶ attira l'attenzione anche del Parlamento che, tra il 1815 e il 1816, dispone un'inchiesta del *Select Committee on Madhouses* sulla condizione delle strutture sanitarie del Paese, da cui emerge il tragico regime di incatenamento e segregazione in uso presso il *Bethlem Royal Hospital*, la più grande e nota istituzione filantropica londinese e nel contempo l'unico "asilo" ad essere sostenuto da finanziamenti pubblici. Non è un caso che il nome dell'ospede-

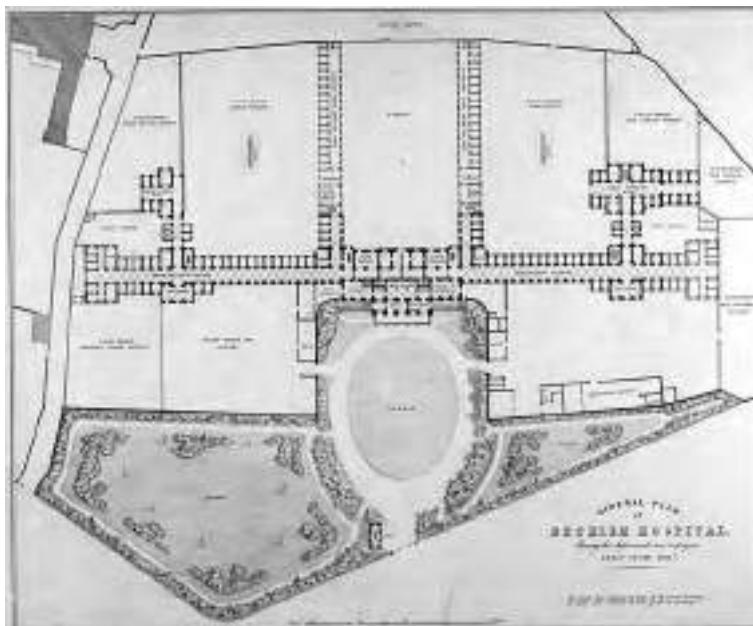




dale, *Bethlem* o *Bedlam*, divenga nel linguaggio comune sinonimo di "bolgia" o "confusione", nonostante la struttura costituisca il più antico istituto per la cura dei malati di mente in Europa, potendo vantare una storia di oltre sei secoli⁷. Le mappe del XVI secolo mostrano il complesso articolato in un paio di edifici in pietra affacciati su di un cortile e dotati di una chiesa e un giardino, siti accanto alla Bishopsgate, la porta di difesa romana aperta nel London Wall. Le terribili condizioni e i trattamenti inumani cui era sottoposto il ridotto numero di malati avevano assicurato una fama sinistra all'ospedale tanto che, in seguito ad una petizione presentata cinque anni prima dagli stessi malati alla Camera dei Lords, nel 1675 la struttura era stata trasferita a Moorfields, una zona scarsamente popolata all'esterno della City, dove venne costruito il nuovo "asilo" progettato dal noto matematico ed architetto Robert Hooke. L'edificio, demolito agli inizi del XIX secolo, si presentava come un lungo corpo simmetrico formato da un blocco centrale affiancato dai due blocchi laterali dei reparti, in cui le celle allineate sui corridoi erano aperte su di un solo lato. Le corti di ventilazione erano collocate a lato della struttura, mentre ai pazienti era vietato accedere ai grandi giardini posti all'entrata del complesso i quali, recintati da bassi muri, svolgevano esclusiva funzione ornamentale. In un secondo tempo vengono costruite due ali perpendicolari all'edificio principale con le celle aperte



sui due lati dei corridoi, adottando così una soluzione poco costosa ma non favorevole alla ventilazione. L'opera fu molto ammirata all'epoca, specie per l'alternativa proposta alla usuale «tediosa lunga facciata»⁸ degli edifici del genere, ma nonostante la bellezza dei giardini e dei prospetti nonché le



In basso, a sinistra:
Londra, *Bethem
Royal Hospital*
(incisione di W.
Hogart, 1735).

In basso, nella
doppia pagina:
Londra, *St. Luke's
Hospital* a Old Street
(incisione di J.
Gough, 1787).

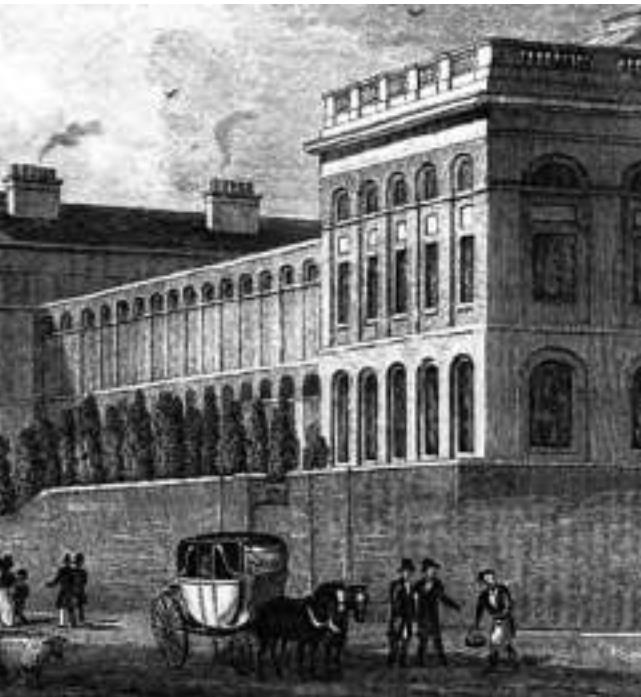
modifiche migliorative apportate dall'architetto, all'interno i trattamenti degli alienati non si discostavano molto da quelli offerti dalle strutture precedenti. Nonostante ciò, nel 1815 l'alto numero di pazienti che la struttura si trovava ormai ad ospitare determinò la decisione di trasferire il più importante "asilo" londinese nel nuovo edificio a Southwark in George's Fields Street progettato da James Lewis in perfetto stile neoclassico. Gli elementi caratteristici degli esterni furono l'elegante pronao ionico e la svettante cupola emisferica, ricostruita poi da Sydney Smirke a sesto rialzato su tamburo ottagonale. La pianta del terzo *Bethlem* ricalcava quella di Hooke, in quanto Lewis aveva confermato lo schema "a corridoio" con le celle aperte su di un solo lato. Il settore "pubblico", posto sul fianco nord dell'edificio, si affacciava sulla strada con lunghe file di finestre mentre il giardino antistante seguiva l'andamento del sito con un perimetro ad andamento fles-

suo. Al contrario le celle dei malati, a causa dell'imponente ingresso e della loro collocazione nel livello più basso della struttura, mancavano di luce sufficiente, tanto da risultare buie e tetre. Pertanto l'edificio subì ben presto aspre critiche e Lewis fu accusato di aver sacrificato le esigenze degli alienati alle richieste della committenza, che pretendeva un edificio sufficientemente rappresentativo, e tale da stupire i visitatori⁹. Dietro pagamento di un *penny*, essi potevano infatti visitare l'"asilo" ed assistere allo *show of Bethlem*, osservando dalle finestre delle celle le stranezze dei degenti.

Una delle prime strutture create nel frattempo a Londra per ovviare ai problemi di sovraffollamento e di maltrattamento dei *lunatics* che affollavano il *Royal Bethlem Hospital* è il *St. Luke's Hospital*, sorto nel 1750 per iniziativa di alcuni farmacisti filantropi. Sebbene non si conosca molto del primo ospedale, realizzato nella zona di Upper Moorfields su pro-



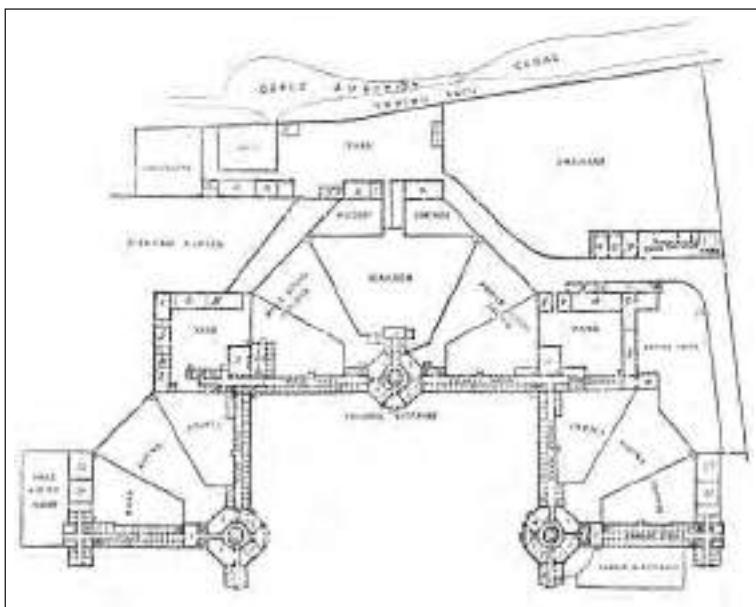
getto di George Dance il Vecchio (1675-1768), è certamente qui che il dottor William Battie sperimentò i primi tentativi di trattamento "morale". La piccola struttura, realizzata per soli 25 pazienti, apparve subito inadatta a soddisfare la grande richiesta di ricoveri e pertanto in data 22 Aprile 1777 venne bandito il concorso per la costruzione della nuova sede in Old Street, cui parteciparono tra gli altri il giovane James Lewis e John Soane¹⁰. Il progetto venne invece affidato nel 1781 a George Dance il Giovane (1741-1825), che nel frattempo era subentrato al padre nella carica di *Surveyor* dell'ospedale. Il nuovo manicomio di *St. Luke* venne realizzato da Dance in tre fasi tra il 1782 e il 1789 con l'aiuto del suo allievo Soane¹¹. Come il *Bethlem* di Hooke, esso è organizzato in tre blocchi di tre piani collegati da ali più basse, in cui si apre quella «successione ossessiva quasi infinita di archi» che Jacques René Tenon definirà *galeries*. La sequenza di ar-



cate, simile a quella proposta da Poyet nella *rue des Colonnes* a Parigi (1798) e da Weinbrenner nella *Lange Kaiser Strasse* a Karlsruhe (1808), sotto il profilo tipologico risulta invece un'anticipazione dei passaggi esterni del sistema a "padiglioni collegati tramite gallerie"¹².

Già prima dell'inchiesta avente per oggetto il *Bethlem*, nel 1808 il Governo inglese aveva risposto con il *County Asylum Act* ai pesanti rilievi che il *Select Committee* aveva espresso l'anno precedente in merito al trattamento riservato agli affetti da patologie psichiche. Il *Committee* aveva infatti raccomandato che in ogni Contea fosse istituito un manicomio in grado di ospitare sia i malati di mente indigenti che quelli criminali. I giudici delle Contee furono quindi incaricati di costruire gli edifici, imponendo una tassa locale per coprire i costi ed obbligando nel contempo le parrocchie a utilizzare il manicomio per i loro malati. I primi manicomi di Contea, come il *Bedford Asylum* e l'*Hanwell Asylum*, vennero così costruiti nelle zone rurali ove alcuni benestanti sensibili avevano sostenuto la causa, adoperandosi nella raccolta dei fondi necessari. Fu ad esempio il Conte di Jersey ad acquistare per gran parte il terreno su cui nel 1829 iniziarono i lavori per il

In alto: Londra, *St. Luke's Hospital* a Old Street, sezione femminile (A. PUGINS, T. ROWLANDSON, *Microcosm of London*, 1808).



In alto: Hanwell, Middlesex County Lunatic Asylum, pianta generale (1854).

nuovo "asilo" di Hanwell. Il progetto, redatto dall'architetto quacchero William Alderson, prevedeva una struttura articolata in pianta su di uno schema a "C", con un *panopticon* ottagonale al centro del braccio di fondo. Dagli estremi di tale braccio partono ortogonalmente altri due corpi di fabbrica rettilinei ognuno dei quali termina in un altro *panopticon*, da cui nasce, ancora in direzione ortogonale, un altro braccio in modo da formare due sezioni, quella maschile ad est e quella femminile ad ovest. L'edificio è stato concepito per ridurre la diffusione dell'infezione dislocando i reparti in base alla "teoria dei germi" che stava allora cominciando a muovere i primi passi. Va detto come i manicomi pubblici in Inghilterra ottenessero l'approvazione sia dell'alta borghesia cristiano-evangelica che dei radicali liberali, in quanto non erano finalizzati ad ottenere profitti economici e nel contempo contribuivano a mantenere l'ordine sociale¹³. A tale scopo le strutture pubbliche vennero sostenute da incentivi di legge a carattere straordinario, promulgati per favorire l'utilizzazione dei manicomi pubblici in luogo di quelli privati, fatte salve

alcune strutture esplicitamente indicate.

Tuttavia una serie di gravi scandali determinò l'istituzione di un ispettorato per il controllo del funzionamento dei manicomi privati soprattutto a Londra; con tali finalità vennero nominati nel 1828 i *Metropolitan Commissioners in Lunacy*, i cui membri venivano scelti tra i nominativi forniti dal *College of Physicians*. Ai MPL era demandato il rilascio delle licenze e la verifica delle condizioni di vita nelle strutture private, formando in tal modo le basi per quella che sarà la *Magna Charta libertatum* dei malati di mente, ovvero il *Lunacy Act* del 1845¹⁴.

II.2 • La nascita del "manicomio" e della psichiatria in Francia

Come visto, nel primo Ottocento la società britannica affronta il problema della follia internando il malato in un'apposita struttura retta da medici: è dunque l'internamento il principale strumento di identificazione sociale del folle, che "diviene" tale non a causa del proprio comportamento quanto piuttosto del ricovero in un *Asylum* o in un *Hôpital*. L'istituzione manicomiale possiede quindi una duplice valenza: da una parte è uno strumento di cura del malato, dall'altra un mezzo di difesa e tutela della società dal proprio lato oscuro, dall'immagine di sé deformata nello "specchio oscuro". Con la nascita dei manicomi «si codifica, quindi, lo stato del folle, la sua esclusione necessaria per l'ordine sociale, e si segna il riconoscimento della diagnosi medica nella cura della pazzia»¹⁵. Con la creazione dell'"asilo" nasce anche la teoria e la prassi psichiatrica, inizialmente grazie a Philippe Pinel (1745-1826), il medico francese che spezza i ceppi con i quali erano incatenati i malati nell'infernale ospedale di *Bicêtre*, sito nei sobborghi meridionali di Parigi¹⁶. Philippe Pinel, medico capo a *Bicêtre* ed alla *Salpêtrière*¹⁷, getta le basi dell'istituzione manicomiale pubblicando nel 1800 il *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale, o mania*¹⁸, una delle prime opere in cui la follia è definita con rigore scientifico una malattia del corpo da curare mediante terapie mediche, con l'obiettivo esplicito di "liberare i folli dalle catene".

Va però precisato come la nascita della psichiatria sia l'effetto

piuttosto che la causa dell'istituzione dei manicomi, in quanto è con la creazione dell' "asilo" che la cura delle malattie psichiche si distacca dalla medicina generale; di conseguenza, è la figura del "medico dei pazzi" ad assumere la responsabilità degli infermi ricoverati nelle nuove strutture. I folli, considerati "malati di mente", da allora in poi sarebbero stati curati attraverso l'internamento, documentato da un certificato medico e secondo precise norme di legge. Mentre negli ospizi si finiva segregati per puro arbitrio del potere o del potente, il ricovero nel manicomio viene così determinato da regole stabilite dallo stato di diritto. Emblema di questo rinnovamento è quanto accade in quel periodo al convento fondato nel 1670 dai *Frères de la Charité* a Charenton-Saint-Maurice (l'attuale Saint-Maurice in Val-de-Marne) con la finalità di accogliere i malati di mente ma anche i libertini e gli accattoni. Dopo la soppressione del convento, la struttura, nata nel 1797, riapre per la sola cura dei "folli", divenendo nel giro di pochi decenni uno dei più celebri manicomi d'Europa soprattutto grazie all'Abate de Coulmier, che lo dirige all'inizio del XIX secolo¹⁹. Nel suo *Mémoire*, il medico primario Jean-Étienne Dominique Esquirol, illustre collega di Pinel, sostiene l'importanza della *Maison Royale de Charenton* anche sotto il profilo architettonico. Il complesso era infatti «collocato (...) in una posizione invidiabile, con ampi giardini, passeggiate spaziose, edifici appena completati, una farmacia, una cappella con un cappellano, un ambulatorio medico ben fornito, un'amministrazione paternale»²⁰. La felicità della localizzazione dell'ex convento dei Frati della Carità è confermato anche da Pinon, per il quale «non vi è luogo più pittoresco che quello di Charenton», sito su di una collina bagnata dalla Marna, non molto lontano da Parigi²¹.

Anche per questo, la reputazione di Charenton, «monumento popolare» che «tutte le nazioni vicine» invidiavano alla Francia, si diffonde dunque «in tutto il mondo tra gli stabilimenti dediti alla cura degli alienati»²². La struttura, dopo i lavori eseguiti tra il 1838 e il 1886 a cura dell'architetto Émile-Jacques Gilbert, presenta un insieme di corti aperte verso il fiume disposte ai lati dell'edificio dell'amministrazione e della

cappella; gli edifici vengono disposti secondo uno schema simmetrico attento ad interpretare la pendenza del terreno²³. La distribuzione degli spazi, pur confermando il principio della separazione per sessi e per patologia, allo stesso tempo dispone le celle nel rispetto delle esigenze di carattere funzionale; al piano terra sono infatti situate le celle per anziani, paralitici e disabili ed al primo quelle destinate ai "tranquilli". Inoltre poche stanze risultano destinate agli epilettici, mentre i "furiosi" vengono reclusi in celle singole aperte sulle corti in modo da poter essere più facilmente sorvegliati. Per i convalescenti viene infine realizzato nei pressi degli uffici amministrativi un edificio di aspetto più elegante, munito di stanze per lo svago e di servizi igienici maggiormente curati. Va però sottolineato come a Charenton nell'impostazione planimetrica il contributo degli studiosi delle malattie mentali risulti molto rilevante. Lo stesso Esquirol, che aveva studiato approfonditamente l'architettura dei manicomi, era fortemente convinto che la realizzazione di una *maison des aliènes* non fosse da affidare solo agli architetti, come emerge nella memoria presentata nel 1818 al Ministero degli Interni:

In basso: Saint-Maurice, *Hospice de Charenton*, oggi *Hôpital Esquirol*, foto satellitare.

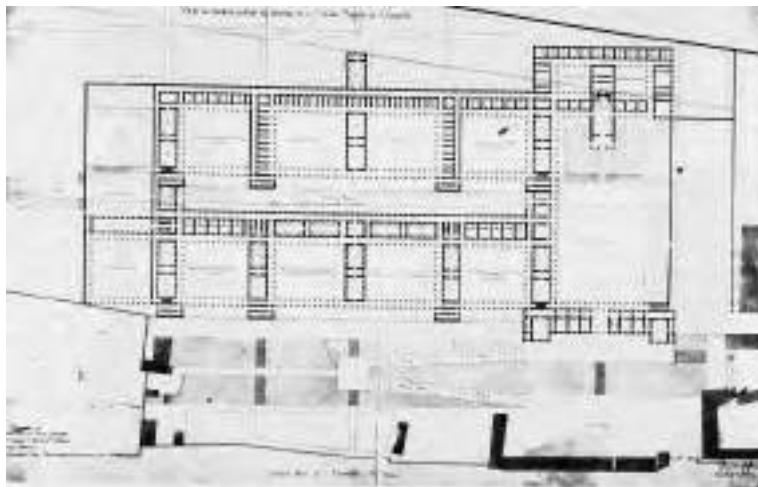


Sotto: Émile-Jacques Gilbert, progetto per il nuovo quartiere degli uomini dell'*Hospice de Charenton* (1838).

In basso: Saint-Maurice, *Hospice de Charenton*, oggi *Hôpital Esquirol*, foto della cappella vista dalla Marna.

«Un asilo per folli è uno strumento di cura; sotto la direzione di un medico esperto, può essere il mezzo terapeutico più potente per combattere le malattie mentali. Non sorprenda che io abbia dato così tanta importanza nella mia ricerca alle istituzioni per folli del passato e del presente per ricavarne ciò che dovrebbe essere fatto in futuro. Ho fatto visita a tutte le istituzioni in Francia che ammettono folli (...) Ho avuto le piante di tutte queste istituzioni disegnate e incise»²⁴.

A Charenton è dunque Jean-Étienne Dominique Esquirol a delineare l'impostazione generale, imponendo allo schema la succitata simmetria:



«Le costruzioni includeranno un edificio centrale per i servizi amministrativi e l'alloggiamento del personale; questo edificio avrà un primo piano. Ad entrambi i lati di questa costruzione, perpendicolari ad esso, saranno costruiti blocchi separati per alloggiare i folli, il plesso degli uomini a destra quello delle donne a sinistra»²⁵.

Ad Émile-Jacques Gilbert vanno invece attribuiti i caratteri costruttivi del complesso e la nitida impostazione classica, evidente nel pronao della cappella ed espressa dall'ordine tuscanico impiegato nei portici, da quello dorico del peristilio della cappella e dal colore rosso pompeiano con cui è dipinta l'architrave. Più tardi, per la costruzione della penitenziario modello di Mazas sarà lo stesso Gilbert a tradurre in realtà i disegni di Guillaume-Abel Blouet, profondo conoscitore delle antichità e greche romane nonché sovrintendente al completamento dell'*Arc de Triomphe* parigino (1831-26)²⁶. A Charenton l'"asilo" riesce dunque ad esprimere un'apparenza di libertà in virtù del duplice carattere "archeologico" e "funzionalista" conferitogli dai riferimenti all'architettura classica ma anche dalla precisa aderenza al programma sanitario:

«Per arrivare a questo risultato ci sono diversi metodi: primo creando insieme abbastanza vasti con giardini spaziosi e porticati per le passeggiate; poi, studiando attentamente il modo per demarcare i limiti senza usare pareti e cancellate, e infine scegliendo i siti che meglio si adeguavano alla soluzione di questi problemi»²⁷.

Nello stesso anno in cui iniziano i lavori di ricostruzione a Charenton, il 30 giugno viene promulgata da re Luigi Filippo una legge che, restando in vigore sino al 1990, identifica per la prima volta nel folle un soggetto di diritto, un malato bisognoso di un medico preposto alla sua cura²⁸. Prima di allora il Codice Napoleonico conteneva solo norme a sfavore dei folli, che erano sollevati dalle responsabilità penali degli atti da loro compiuti e nel contempo privati dei diritti civili per

mezzo dell'interdizione giudiziaria²⁹. Secondo la concezione ristretta e severa espressa dall'art. 64 non esisteva infatti «né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione», ovvero era stato spinto al reato «da una forza alla quale non poté resistere»; inoltre «è demente colui che soffre una privazione di ragione; che non conosce la verità; che ignora se ciò che fa sia bene o male; e che non può affatto adempiere i doveri più ordinari della vita civile. Un uomo posto in questo stato è un corpo che ha soltanto figura e ombra di uomo; il suo reato è tutto fisico, poiché moralmente non esiste nulla»³⁰. Al contrario, la nuova *Loi des aliénés* elegge quali propri capisaldi la consapevolezza che la follia rientri nella sfera della medicina e che il ruolo principale spetti al medico, la cui funzione risultava fino a quel momento del tutto misconosciuta. In sostanza il nuovo testo rappresenta la consacrazione giuridica dell'opera sia di Pinel che di Esquirol, oltre che la traduzione in termini di legge del dogma terapeutico dell'epoca basato sulla necessità di isolamento del malato. Allo stesso modo, essa concede uno statuto specifico agli stabilimenti privati, laici e a scopo di lucro destinati alla cura delle malattie mentali, ponendoli sotto attenta sorveglianza; in tal senso i compensi e gli onorari da richiedere ai pazienti dovevano essere preventivamente concordati con i dipartimenti di competenza. L'ospedale di *Castel d'Andorte* a Le Bouscat, nella periferia di Bordeaux, rappresenta una delle prime strutture private sorte in seguito alla promulgazione della legge del 1838. Sistemata dal luglio del 1845 da Joseph-Guillaume Desmaysons Dupallans (allievo di Esquirol) nell'edificio del XVIII secolo progettato per il Capitolo di Saint-Seurin dall'architetto François Lhote (allievo del più famoso Victor Louis)³¹, la casa di cura girondina riscuote un notevole successo, attirando malati da Parigi, da tutto il sud della Francia ed anche dalla vicina Spagna, dove non esistevano strutture private di questo tipo³². Nel 1878 la *Statistique générale* compilata da Édouard Féréet descrive il «parco di 5 ettari, ornato con begli ombreggiamenti, e deliziosi giardini» in cui è situato l'ospedale, composto da «padiglioni raggruppati in modo da realizzare, nel

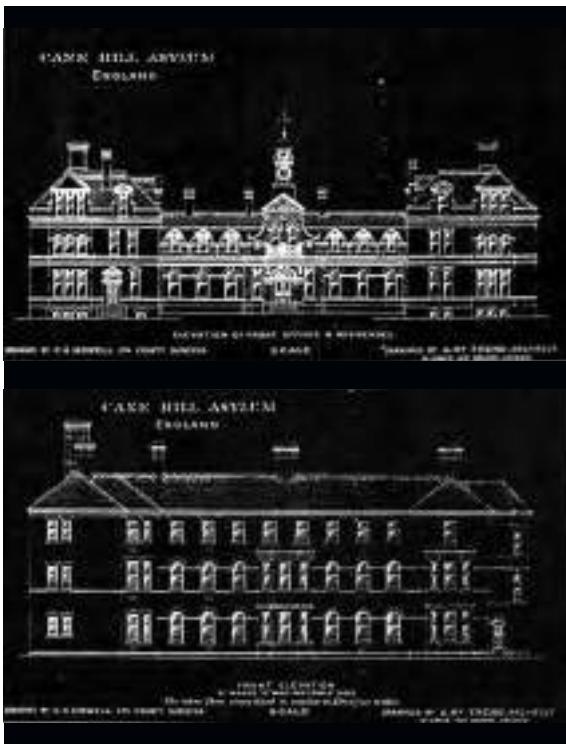
complesso della loro disposizione, il programma della scienza moderna, così che le disposizioni interne dell'edificio principale fanno di questa casa di cura un modello»³³. Nel 1889 lo stesso Féréet definisce la struttura come una «casa di cura per gli alienati della classe agiata che può ospitare malati dei due sessi, nel numero di cinquanta circa, e che è dotata di tutti i perfezionamenti che il progresso della scienza ha oggi introdotto nel trattamento degli infermi di malattie mentali e nervose»³⁴.

II.3 • I manicomio vittoriani e l'*Asylum Act* del 1845

Le idee di Pinel si affermano velocemente anche in Gran Bretagna, trovando un deciso sostenitore in John Conolly (1794-1866), *Professor of Medicine* nella *University of London* e primario dal 1839 al 1844 nel *Middlesex County Asylum* di Hanwell, il più grande manicomio inglese dell'epoca grazie ai suoi mille posti letto; altra peculiarità della struttura, sorta pochi anni dopo l'ascesa al trono della regina Vittoria (1837), è la pratica del *no restraint*, che postula l'abbandono di qualsiasi contenimento meccanico. L'estensione del manicomio di Hanwell e la sua personale influenza sui colleghi e sulla stampa assicurano a Conolly una fama di livello internazionale, anche se, come egli stesso riconosce, il "non contenimento" era già stato sperimentato dal medico Robert G. Hill nel più piccolo *Lincoln Asylum*. Nonostante ciò, sono le pubblicazioni di John Conolly, ad elevare la pratica del *no restraint* ad un più alto ed ampio orientamento umanitario che ripropone la "gentilezza" dei Tuke in un quadro definito da precisi confini istituzionali³⁵. Nel periodo in cui opera Conolly, il Parlamento vara il *Lunacy Act*, una delle leggi più all'avanguardia nel campo della *mental health*³⁶. La legge, approvata nel 1845, istituisce tra l'altro i *National Commissioners in Lunacy* che sostituiscono i *Metropolitan Commissioners* del 1828; deciso sostenitore dell'*Act* è Anthony Ashley Cooper, settimo Conte di Shaftesbury, presidente della Commissione dalla fondazione fino alla sua morte (1885)³⁷. Da quel momento ogni asilo, ad eccezione del *Bethlehem Royal Hospital*, doveva essere registrato presso la *Commission*, dotarsi di un regio-

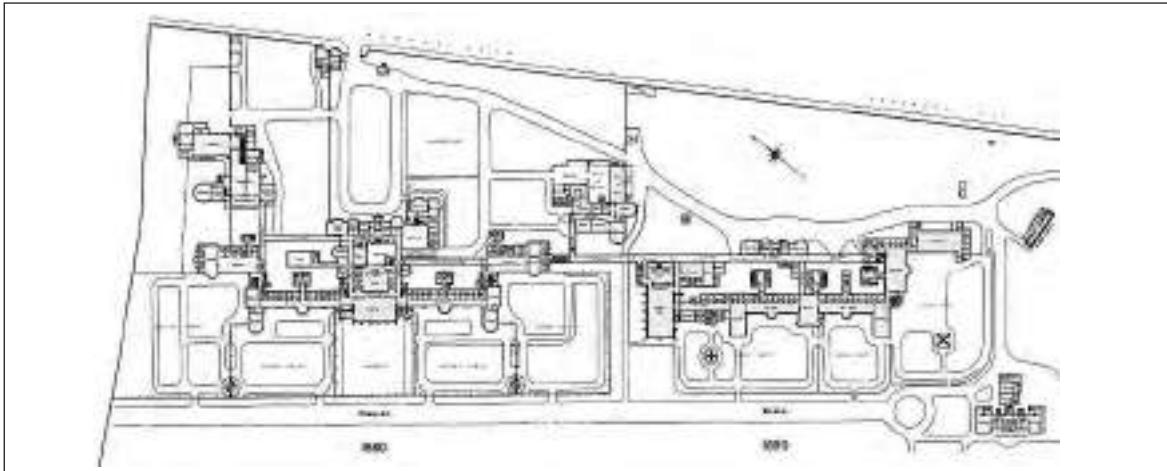
A destra: C.H. Howell, *Cane Hill Asylum* a Crydon, prospetto del *Front Office and residences* (*Administration Block*) e prospetto di un generico reparto (A.H. Fred, 1882).

In basso: G.T. Hine, *Claybury Hospital*, a Woodford Bridge, Essex, infermeria del reparto maschile, foto stato attuale.

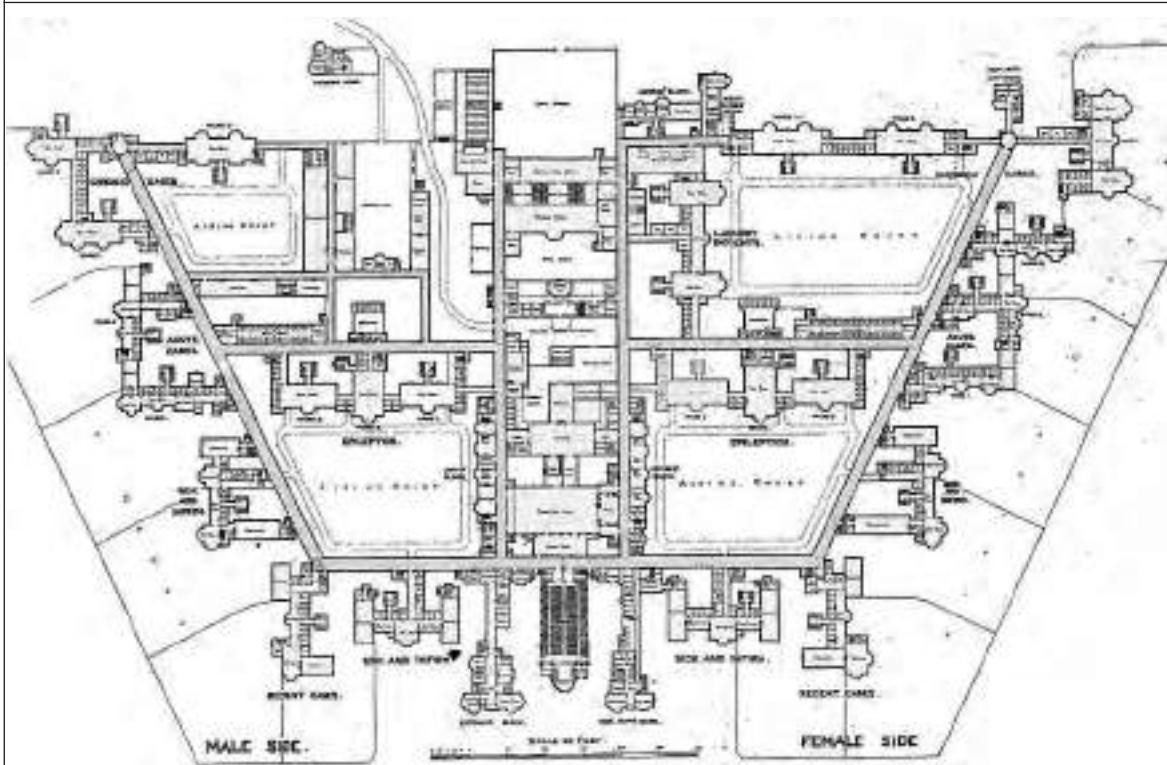


lamento scritto e fruire delle prestazioni di un medico residente. I pazienti perdono però il diritto di accedere ai tribunali per opporsi alla detenzione, sulla quale possono pronunciarsi esclusivamente i *National Commissioners*. Se la legge francese del 1838 aveva considerato per prima il folle quale un soggetto di diritto e un malato da curare con un medico specifico, sette anni dopo il *Lunacy Act* esprime compiutamente tale concetto, allontanando definitivamente i malati di mente da carceri e case di lavoro. Sotto il profilo tipologico, al nuovo quadro legislativo corrisponde l'adozione della tipologia "a corridoio" e di quella "a padiglioni", con il definitivo abbandono dello schema "radiale" (strettamente connesso all'architettura carceraria). Inoltre, la necessità che il medico risieda stabilmente all'interno dell' "asilo" comporta una maggiore accuratezza nella realizzazione del blocco dell'amministrazione che diviene quindi l'emblema dell'autorità medica; in tal senso, nelle realizzazioni conseguenti l'*administration block* diviene costantemente il primo edificio visibile dall'ingresso dell'intero complesso manicomiale ed il più curato sotto il profilo architettonico e decorativo.

Un importante ruolo all'interno della *National Commission* svolge George Thomas Hine (1842-1916), il più prolifico progettista di manicomi inglesi. Figlio dell'architetto Thomas Chamber Hine di Nottingham, con il quale collabora fino al 1891, Hine si specializza presto nel campo dei nosocomi per patologie mentali e dal 1897 diviene consulente dei *Commissioners*, succedendo a Charles Henry Howell, il principale autore di manicomi fino a quel momento. Nel 1875 vince il concorso per l'*asylum* di Nottingham e tra il 1880 e il 1890 partecipa a dieci competizioni pubbliche per manicomi, vincendone cinque³⁸. Nel corso della sua fortunata carriera progetta per il *London County Council* "asili" capaci di ospitare ciascuno 2.000 pazienti (Claybury, Bexley, Horton e Long Grove), oltre a più piccoli manicomi di contea nell'Hertfordshire, Lincolnshire, Hampshire, Surrey, East Sussex e Worcestershire³⁹. La peculiarità dei suoi progetti è l'utilizzo negli esterni di mattoni rossi abbinati alla pietra grigia, sebbene le sue ultime opere presentino una differente bicromia con



A sinistra:
Nottinghamshire,
Mapperly Hospital,
pianta generale
dopo l'intervento di
G.T. Hine.



In basso: Woodford
Bridge, Essex,
Claybury Hospital,
pianta generale
dopo l'intervento di
G.T. Hine, esempio di
Echelon plan (1889).

In basso, a sinistra:
Exter, Devonshire,
Devon County
Pauper Lunatic
Asylum, esempio di
radial plan, foto
aerea dello stato
attuale.

In basso, a destra:
Glasgow, Glasgow
Royal Lunatic Asylum
in Parliamentary
Road (incisione,
1827).

l'abbinamento del rosso dei mattoni ed il bianco senza sfumature utilizzato soprattutto nelle aperture. Negli interni Hine impiega costantemente piastrelle smaltate color marrone nella parte bassa delle pareti di corridoi, scale e stanze ad uso collettivo. Più in generale le sue opere si mostrano severe e prive di aggiunte decorative, specie se paragonate ad altri "asili" britannici come il *Royal Holloway Sanatorium* o l' *High Royds Hospital*.

Nel 1901 l'architetto presenta un documento al *Royal Institute of British Architects* in cui espone il suo metodo progettuale in materia di manicomi, sottolineando come lavorare per le autorità locali (e quindi con finanziamenti limitati), non significativi necessariamente produrre un'architettura povera, ma opere che «devono mirare al raggiungimento di una semplice dignità [*simple dignity*] per compensare le carenze a scala di dettaglio»⁴⁰. Inoltre sono i siti a dover essere modificati per adattarsi alle caratteristiche degli "asili" e non viceversa. Oltre a proporre il collegamento diretto tra il blocco dell'amministrazione e i reparti, egli ritiene opportuna la realizzazione di dormitori in luogo degli alloggi singoli, simili alle celle delle prigioni e delle *madhouses*. Hine è un innovatore sotto molteplici aspetti; sostenendo l'esigenza di unità specializzate nella cura di malattie mentali acute, nell'ospedale a Mapperley realizza infatti uno tra i primi reparti per epilettici, mentre, sotto il profilo tipologico, anticipa l'*echelon plan* (tipo "a scaglioni") che, come si vedrà meglio in seguito, consentirà il problema di avere delle "corti di ventilazione" abbastanza ampie senza che ciò conferisse un'eccessiva

estensione alle ali laterali, come invece accadeva nelle tipologie "a corridoio" e "a padiglioni".

II.4 • Le tipologie dei manicomi ottocenteschi in Inghilterra

Tra il 1811 ed il 1914 in Inghilterra viene costruito il maggior numero di "asili" che possono essere raggruppati nei sottoelencati cinque tipi determinati in base al rapporto tra blocco principale dell'amministrazione e reparti⁴¹:

- *Radial plan* (tipo "radiale").
- *Corridor plan* (tipo "a corridoio").
- *Pavilion plan* (tipo "a padiglioni"), ulteriormente classificabile nei sottotipi:
 - *Standard Pavilion* ("padiglione standard"),
 - *Dual Pavilion* ("doppio padiglione"),
 - *Radial Pavilion* ("padiglione radiale").
- *Echelon plan* (tipo "a scaglioni") ulteriormente classificabile nei sottotipi:
 - *Broad Arrow* (a "punta larga"),
 - *Compact Arrow* (a "punta stretta").
- *Colony plan* (tipo "a colonie" o "a padiglioni isolati").

Nella tipologia "radiale" (*radial plan*) dal centro dell' "asilo", solitamente occupato da una torre con *panopticon*, partono lunghe ali, in analogia ad alcuni schemi distributivi impiegati nelle prigioni dell'epoca. Anche per questo motivo il tipo determina condizioni disumane per i pazienti: manca la luce naturale, la circolazione di aria è scarsa mentre risultano



pressoché assenti le corti di ventilazione. Nel sud-ovest dell'Inghilterra figurano gli unici esemplari del tipo, ovvero il *Cornwall County Asylum* di *St. Lawrences* a Bodmin (opera di John Foulston, aperto nel 1820) ed il più tardo *Devon County Pauper Lunatic Asylum* ad Exminster (Charles Fowler, 1842-45). Già nel 1814 in Scozia era stato però realizzato il *Glasgow Lunatic Asylum* su di uno schema che prevedeva un corpo centrale di pianta ottagonale e quattro ali che garantivano il passaggio di una notevole quantità di luce oltre che una buona ventilazione naturale. La distribuzione dei malati in questa struttura era determinata non solo dalla gravità della patologia e dal grado di follia, ma anche dalle possibilità economiche dei degenti stessi. Infatti gli uomini e le donne di ceto sociale più elevato o comunque di condizione abbiente venivano sistemati nelle ali sud-ovest e sud-est, mentre i malati più gravi e quelli meno abbienti erano ricoverati negli altri bracci.

Nella tipologia "a corridoio" (*corridor plan*), in uso soprattutto tra il 1830 e il 1890, il blocco dell'amministrazione è collocato al centro del sito d'impianto, mentre i reparti sono disposti ortogonalmente lungo i due fianchi. Questo schema consente un'agevole comunicazione tra ogni componente della struttura ed una drastica divisione tra i due sessi, ed in più si presta agevolmente a modifiche e ampliamenti. Esempio del *corridor plan* risulta il già citato *Bethlehem Royal Hospital* progettato da James Lewis, che usava il corridoio quale spazio di alloggio per i degenti. Altri edifici, come il *City of London Lunatic Asylum* di Stone presso Dartford, Kent (poi *Stone House*), progettato in *Tudor Revival* da James Bunstone Bunning e costruito tra il 1862 ed il 1866⁴², vengono caratterizzati da un corridoio principale dal quale si diramano i reparti secondo una disposizione lineare. Altri ancora, pur adottando uno sviluppo lineare dislocano i reparti non più lungo il corridoio principale, bensì intorno ai servizi centrali. È questo il caso del *St. Johns Asylum* a Bracebridge Heath, presso Lincoln (originariamente *Lincolnshire County Pauper Lunatic Asylum*), progettato dall'architetto John R. Hamilton di Gloucester con



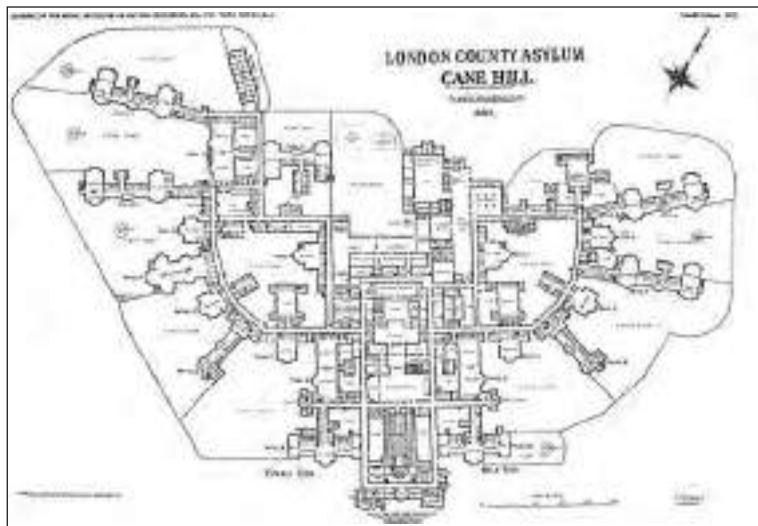
l'assistenza di Thomas Percy (*Surveyor* della Contea di Ke-steven) ed aperto nel 1852.

La tipologia "a padiglione" (*pavilion plan*) presenta invece una struttura articolata in una serie di costruzioni distaccate dal blocco principale e semi-indipendenti. Sebbene avesse avuto precedente applicazione in Inghilterra, come testimonia l'Ospedale di S. Bartolomeo a Londra (1750)⁴³, lo schema trova più larga utilizzazione in Francia, dove nel 1788 era stato dichiarato dall'Accademia delle Scienze di Parigi il più idoneo per una struttura sanitaria.

Tra i sottotipi in cui in Inghilterra il *pavilion plan* viene articolato, quello definito a "padiglione standard" (*standard pavilion*) mostra un lungo corridoio che parte dai due fianchi del blocco dell'amministrazione, con i reparti disposti perpendicolarmente ai corridoi stessi; la torre con deposito merci poteva poi essere collocata al centro dell'impianto o esternamente allo stesso. Tra i pochi esempi del genere vanno ricordati il *Lancaster Asylum Annexe* (o *Lancaster Moor County Asylum*, aperto nel 1816), e il *Norwich Pauper Asylum* di Hellesdon (Norwich, 1828). Al contrario nel "doppio padiglione" (*dual pavilion*) il blocco dell'amministrazione ed i servizi sono fiancheggiati da lunghi corridoi che servono i vari reparti af-

In alto: Lancaster, Lancashire, *Lancaster Moor County Asylum*, esempio di *standard pavilion plan*, foto aerea dello stato attuale.

fiancati. Il sottotipo, creato per facilitare la segregazione dei "casi difficili", in molte occasioni si rivela controproducente a causa delle grandi dimensioni che esso comporta, come nel caso del *Portsmouth Borough Asylum* o *St. James' Hospital* a Milton (Portsea Island, presso Portsmouth, Hampshire), progettato dagli architetti George Rake ed Arthur Edward Cogswell ed aperto nel 1879. Molto raro è infine il sottotipo



a "padiglione radiale" (*radial pavilion*) il quale, presentando un corridoio a percorso semicircolare che serve i blocchi sull'esterno ed i servizi nella parte centrale, risulta un prodotto ibrido della fusione dello schema a "padiglione classico" con quello a "scaglioni". Tra i rari esempi del sottotipo ricordiamo il *St Luke's Whittingham Hospital*, iniziato nel 1869 ed aperto ufficialmente nel 1873 dopo che, nel 1866, si era constatato

che i tre manicomii del Lancashire (Prestwich, Rainhill e Lancaster) avevano raggiunto i limiti di capienza. Altro esempio da citare è poi il *Cane Hill Hospital* a Coulsdon (nel London Borough di Croydon), progettato dal già citato Charles Henry Howell ed aperto in due riprese, nel 1882 e nel 1888 come *Third Surrey County Lunatic Asylum*, dopo l'intervento di George Thomas Hine che nel frattempo ha preso il posto di Howell quale consulente dei *Commissioners in Lunacy*.

Verso il 1880 la tipologia "a scaglioni" (*echelon plan*) sostituisce quella "a padiglioni" grazie ad una nuova disposizione dei reparti, degli uffici e dei servizi che vengono collocati all'esterno dell'ampio corridoio. Un'anticipazione della nuovo schema può essere considerato l'*High Royds Hospital*, aperto nel 1888 a sud del villaggio di Menston (West Yorkshire) quale *West Riding Pauper Lunatic Asylum*; tale struttura

adotta infatti lo schema del sottotipo *Broad Arrow* ("punta larga"), con tutti i servizi e i reparti situati in piccoli blocchi collegati al volume principale più vasto mediante brevi corridoi. Lo schema che nel Regno Unito rivoluziona sotto il profilo funzionale la progettazione dei manicomi, garantendo agli stessi una migliore ventilazione ed illuminazione, è però quello denominato *Compact Arrow* ("punta stretta"). Pur mantenendo la centralità dei servizi ed i lunghi corridoi del *Broad Arrow*, il nuovo sottotipo presenta un disegno più compatto in virtù della minor distanza tra i reparti e dell'eliminazione dei corridoi più brevi, divenuti ormai inutili. I reparti possono essere reciprocamente separati a partire dai corridoi, come nel *West Ham Borough Asylum* di Ilford (Essex, in seguito denominato *Goodmayes Hospital*), progettato nel 1894 dal *Borough Architect* Lewis Angell ed aperto nel 1901, ovvero collegati tra di loro in modo da formare un unico grande organismo, come nell'*Essex County Asylum* a Colchester (*Severalls Hospital*), ove il personale può muoversi rapidamente da un volume all'altro. Reparti, uffici e servizi divengono facilmente accessibili grazie ad una rete di corridoi comunicanti che consente al personale di operare al coperto in tutta la struttura senza bisogno di recarsi all'esterno, anche nella cattiva stagione. Inoltre l'*echelon plan* affronta con decisione anche il problema della ventilazione e dell'illuminazione dei reparti. Tutti gli schemi planimetrici utilizzati in precedenza (escluso quello "radiale"), prevedevano ampie "corti di ventilazione" e larghi spazi di separazione degli edifici, determinando di conseguenza ali eccessivamente allungate e difficilmente gestibili sotto il profilo funzionale. Al contrario, lo schema "a padiglioni" aveva disposto una serie di edifici satelliti attorno ad un'ala, ottenendo di converso una carenza di aria e di luce nei padiglioni. Fu invece lo schema "a scaglioni" ad assicurare ai reparti aria e luce sufficienti mediante l'introduzione di corridoi diagonali tra blocchi radiali. Nel suo complesso, la moderna impostazione funzionale consente quindi agli psichiatri di esercitare i propri esperimenti in apparente libertà, riuscendo peraltro a perfezionare pratiche oggi ritenute inaccettabili come la terapia elettroconvulsiva

(meglio nota come *elettroshock*) o la lobotomia frontale⁴⁴.

Dagli ultimi esempi dell'*echelon plan* sembra derivare naturalmente il tipo "a colonie" o "a padiglioni isolati" (*colony plan*), caratterizzato dalla collocazione all'esterno del blocco dell'"asilo" degli edifici destinati agli epilettici e ai malati cronici; mentre i servizi restano situati al centro del complesso, i singoli blocchi vengono disposti intorno all'"asilo" senza più il collegamento garantito dall'usuale corridoio allungato. Il *colony plan* non viene adottato dagli "asili" più importanti ed anzi in successivi alcune strutture, pur rientrando nel tipo, presentano caratteri comuni con lo schema "a scaglioni", come nel caso dell'*Ewell Epileptic Colony* ad Epsom (Surrey, in seguito denominata *St. Ebba's Hospital*) aperta nel 1903 ed articolata in nove villette.

II.5 • I sistemi manicomiali europei

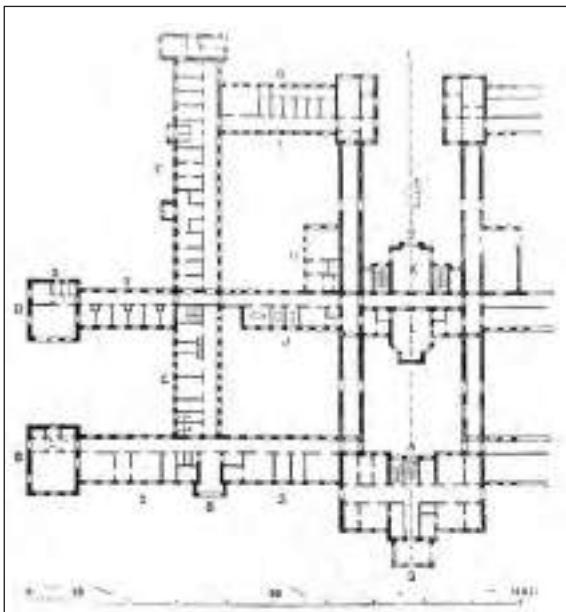
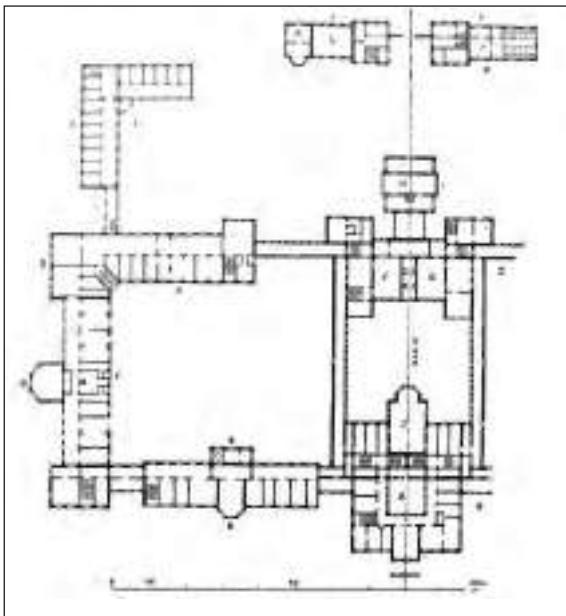
Le innovazioni introdotte in Gran Bretagna ed in Francia si diffondono negli altri Paesi europei, nei quali a volte si assiste all'integrazione ed alla modifica di strutture preesistenti. Ciò accade ad esempio in Spagna, dove i manicomi discendono dai nosocomi per malati di mente creati tra il XVI ed il XVII secolo. In Belgio, la Colonia di Geel (Gheel) in provincia di Anversa, nelle Fiandre, offre l'esempio di una particolare istituzione in cui gli internati risultano integrati nella comunità locale in misura molto maggiore rispetto agli altri organismi manicomiali⁴⁵. Qui, infatti, qualche centinaio di alienati viene affidato in massima parte a famiglie private e a una piccola colonia attrezzata per le crisi; una parte di loro può volontariamente dedicarsi al lavoro e muoversi abbastanza liberamente, in cambio di un corrispettivo in denaro proporzionato al reddito. Una seconda colonia modello viene fondata sulla base degli stessi principi, ma ben presto sono istituiti anche manicomi statali finalizzati a separare i malati di mente dal resto della società⁴⁶. Dopo essere stato sperimentato in altri centri del Belgio⁴⁷, il "trattamento familiare", riproposto dal cattedratico italiano Augusto Tamburini al "Congresso Internazionale di Anversa per l'Assistenza agli Alienati" (1902),

Nella pagina a fianco, in alto: Portsmouth, Hampshire, *St. James' Hospital*, esempio di *dual pavilion plan*, foto aerea dello stato attuale e Ilford, Essex, *West Ham Borough Asylum*, esempio di *echelon plan* nella variante del *compact arrow*, foto aerea dello stato attuale.

Nella pagina a fianco, in basso: Coulsdon, London Borough di Croydon, *Cane Hill Hospital*, esempio di *radial pavilion plan*, pianta pubblicata sul *Journal of The Royal Institute of British Architects*, vol. VIII, 1883.

A destra: M. Gropius, *Krankenhaus* di Eberswalde nel Brandeburgo (1862-'65), pianta generale.

In basso: O. Pichler, Manicomio Francoforte sul Meno o *Affenstein* (1864), pianta generale.



viene introdotto anche in Francia. Nelle colonie di Dun-sur-Auron, Bussy e Levet numerose famiglie accolgono gli infermi provenienti dai manicomi di Villejuif nella Senna e di S.te Anne a Parigi. Altre Colonie del medesimo genere sorgono infine in Scozia, Russia, Olanda, Austria, Norvegia e Svizzera⁴⁸. In Germania, dove l'assistenza familiare era praticata sin dal 1764 nella città di Rockwinkel (Brema), alcuni manicomi vengono costruiti intorno alla metà dello stesso secolo, a partire dall'*Irrenanstalt* di Illenau (Baden-Württemberg). A differenza dei loro colleghi britannici o francesi, gli psichiatri tedeschi almeno all'inizio si mostrano più propensi ad operare all'interno degli ospedali civili, anche perché più inclini a ritenere somatico-organica l'origine della malattia mentale⁴⁹. Nell'Ottocento, tra i manicomi costruiti dopo la metà del secolo troviamo il *Krankenhaus* di Eberswalde (Brandeburgo), costruito tra il 1862 e il 1865 su progetto dell'architetto berlinese Martin Gropius (1824-1880), prozio del più celebre Walter, che adotta la tipologia "chiusa" raccomandata da molti alienisti tedeschi del periodo⁵⁰. Il manicomio di Francoforte sul Meno, comunemente chiamato *Affenstein* ("roccia delle scimmie"), pur adottando uno schema planimetrico a U segue la stessa tipologia architettonica. Il manicomio, progettato dall'architetto Oskar Pichler, è voluto dal dottor Heinrich Hoffmann, direttore della Clinica per dementi ed epilettici di Francoforte⁵¹. Nel 1856 Hoffmann compie con l'amico Pichler un viaggio in cui visita una serie di manicomi europei, tra cui quelli di Parigi, Londra e Berlino. Al loro ritorno iniziano i primi lavori e il manicomio, aperto nel 1864, viene realizzato in uno "stile tedesco" tanto ricco di stilemi neogotici tanto da essere soprannominato il "Castello dei matti"⁵². Più in generale la Germania, dove viene sperimentata l'ospedalizzazione separata per malati "curabili" e "incurabili", risulta un'eccezione nel contesto europeo in cui è prassi comune ospitare nel medesimo istituto entrambe le categorie. In tale ambito Romano Canosa distingue tre sistemi manicomiali: il francese, l'anglo-americano ed il tedesco, che condividono la separazione dei sessi quale presupposto logistico e terapeutico, nonché la presenza di una sala di osservazione e di

una infermeria per le malattie comuni⁵³.

A fronte di ciò, i tre sistemi presentano notevoli peculiarità⁵⁴; ad esempio nel "sistema francese" i malati sono suddivisi in distinte categorie (come nel caso dei "curabili" e degli "incurabili") e i dormitori collettivi prevalgono rispetto alle celle individuali. A questo punto va però precisato come nella stessa Francia il tipo "a padiglioni" fosse stato considerato il più idoneo sin dal XVIII secolo. Nell'agosto 1777 Luigi XVI aveva infatti bandito un concorso per la costruzione di nuovi ospedali a Parigi, dopo che nel 1772 per la terza volta in quel secolo un incendio aveva in gran parte distrutto l'*Hôtel Dieu*, il più antico ospedale della capitale, fondato nel 651 da Landeric, vescovo di Parigi. In tale occasione un acceso dibattito aveva coinvolto architetti, medici e scienziati, sino a che la Commissione esaminatrice si era dichiarato favorevole alla tipologia "a padiglioni":

«Noi riteniamo che gli edifici di questi ospedali saranno composti da un piano terra e di due piani elevati, con cantine e granai. Noi pensiamo che la disposizione più salubre per questi ospedali sia quella in cui ciascuna degenza, se la cosa fosse possibile, si costituisse come un ospedale a sé stante ed isolato; ma ciò che non è possibile per ciascuna sala può essere realizzabile per i singoli edifici. In luogo, allora, di chiudere un cortile con tre o quattro corpi di fabbricati, questi ultimi possono essere invece sviluppati mantenendoli tra loro isolati e distanziati»⁵⁵.

Facendo proprie le idee del celebre medico Jacques René Tenon⁵⁶, l'Accademia riesce dunque a formulare in maniera chiara e precisa i criteri progettuali su cui basare la nuova edilizia ospedaliera. Ogni struttura, divisa in reparti per maschi e per femminile, sarebbe stata articolata in "padiglioni" se-

In basso: O. Pichler, Manicomio Francoforte sul Meno o *Affenstain*, acquerello di O. Pichler (1863).



parati da una distanza minima pari al doppio dell'altezza dei piani e dotati ognuno di servizi propri quali latrine, lavatoi, cucinette e infermeria e di scale aperte e ventilate dall'esterno; la capienza massima sarebbe stata di 1500 posti letto, disposti su due file fino a un massimo di 36 unità⁵⁷. Sarà però solo nel 1875 che le suggestive proposte di Tenon troveranno applicazione pratica nell'ospedale *Lariboisière*, esempio del tipo moderno di ospedale a padiglioni, ceretto a sostituzione del vecchio *Hôtel Dieu*. Nelle costruzioni manicomiali francesi nella maggior parte viene adottato il tipo "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie"⁵⁸ e quello "a padiglioni distanziati o isolati"⁵⁹.

Al contrario di quello "francese" il "sistema anglo-americano" adotta abitazioni individuali invece di dormitori, utilizzando gallerie e portici quali spazi collettivi all'aperto anche durante il giorno. In tal senso in base allo stato sociale i ricoverati vengono classificati in "pensionari" e poveri, che affollavano numerosi il proprio reparto. Altra differenza sostanziale consiste nel criterio di classificazione degli alienati, che il "sistema anglo-americano" basa sullo stato di "tranquillità" e "agi-

tazione". Sotto il profilo tipologico, invece, abbiamo già visto in precedenza come l'evoluzione planimetrica degli "asili" inglesi avesse definito il tipo "a scaglioni", preferito allo schema "a padiglioni" ed a "padiglioni distanziati o isolati". Infine il "sistema tedesco" si distingue dagli altri per l'importanza che esso attribuisce alla "curabilità" o all'"incurabilità" della malattia psichica. Da questa peculiarità derivano le due differenti strategie terapeutiche, basate rispettivamente sulla separazione fisica dei due tipi di malati, che dovevano essere ospitati in distinti istituti, o in edifici separati ma facenti parte del medesimo istituto⁶⁰.

Dal punto di vista strettamente tipologico, invece, i manicomi tedeschi, pur impiegando nelle prime realizzazioni un sistema "chiuso", adottano in seguito il tipo "a padiglioni distanziati o isolati" disseminati "a villaggio", come testimoniano i frenocomi di *Dalldorf* a Berlino, di *Grafenberg* a Düsseldorf, nonché quelli di Bunzlau e Bedburg-Hau⁶¹. In particolare quest'ultimo si estende su un'area di 46 ettari con ben 90 fabbricati e adotta le più moderne tecniche manicomiali, compresa quella dell'*open door*.

Note

1. M. BALDINI, D. LIPPI, *La Medicina: gli uomini e le teorie*, Bologna, 2000, pp. 263-305.
2. *Joseph Guillaume Desmays Dupallans, La Francia alla ricerca del modello e l'Italia dei manicomio nel 1840*, a cura di P. L. Cabras, S. Chiti, D. Lippi, Firenze, 2006, p. 9.
3. Ivi, p.1.
4. E. MURPHY, The Lunacy Commissioners and the East London Guardians, 1845-67, in "Medical History", Londra, 2002, pp.495-524.
5. In questo paragrafo verrà usato il termine "asilo" per tradurre l'inglese "asylum".
6. Cfr. S. TUKE, Description of the Retreat. An Institution Near York for Insane Persons of the Society of Friends, York, W. Alexander, 1813. Sul "moral treatment" cfr. A. SCULL, Moral treatment reconsidered, in Mad-Houses, Mad-Doctors, and Madmen, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1981; A. DIGBY, Madness, Morality, and Medicine. A Study of the York Retreat 1796-1914, Cambridge, Cambridge University Press, 1985.
7. Il Priorato di *St. Mary of Bethlem* fu fondato nella City nel 1247 in Bishopsgate Street allo scopo di raccogliere fondi a favore dell'Ordine della Stella di Betlemme impegnato nelle crociate in Terra Santa. Nel 1337 era stato trasformato in ospedale e dal 1357 aveva iniziato ad accogliere malati mentali (C. STEVENSON, The architecture of Bethlem in Moorfields, in J. ANDREWS, The history of Bethlem, London, 1997, p. 230).
8. C. YANNI, The architecture of madness: insane asylums in the United States, Minneapolis, 2007, p. 18.
9. Ivi, p. 19.
10. STEVENSON, The architecture ... cit., p. 250.
11. Soane collaborò soprattutto nei disegni di progetto. Nei suoi taccuini sono riportati due riferimenti al St. Luke: "Lunatic Hospital & C." (6 Luglio 1781); "Lunatic Hospital, items of work, and quantities of material for same" (25 Luglio 1781) cfr. J. LEVER, Catalogue of the drawings of George Dance the Younger and of George Dance the Elder from the collection of the Sir John Soane's Museum, catalogue 34, London, 2003. Sull'argomento cfr. anche P. DU PREY, Architecture for madness: the St Luke's competition, in John Soane, the making of an architect, Chicago, 1982.
12. R. MIDDLETON, D. WATKIN, *Architettura dell'Ottocento. L'Illuminismo in Francia e in Inghilterra*, ed. it. Milano, 1980, p.195.
13. Cfr. R. VINCENZI, *Malattia mentale e terapia nelle diverse epoche storiche*, in "Diagnosi & Terapia", n. 3 (1997).
14. Cfr. *infra*.
15. S. MERENDONI, *La provincia di Firenze e la tutela della salute mentale prima dell'apertura del manicomio di San Salvi*, in D. LIPPI, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Firenze, 1996, pp.13-38.
16. Cfr. VINCENZI, *Malattia mentale ...*, cit.
17. L'ospedale di Bicêtre, iniziato nel 1634, era stato concepito come ospedale militare, ma poi fu usato successivamente (ed anche contemporaneamente) come orfanotrofio, prigionia, manicomio e ospedale. Qui fu ricoverato il marchese Donatien-Alphonse-François de Sade. Nel 1885 prese il nome di Hospice de Bicêtre. La Salpêtrière, oggi *Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière*, era stato progettato nel 1656 da Libéral Bruant su incarico del re di Francia Luigi XIV.
18. PH. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Avec figures représentantes des formes des crânes ou des portraits d'aliénés*, chez Richard, Caille et Ravier, Paris, An IX (ottobre 1800, trad. it. *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, a cura di F. Fonte Basso e S. Moravia, trad. di F. Fonte Basso, Venezia 1987). Una palinodia venne pubblicata qualche anno dopo sulla base dell'esperienza maturata alla Salpêtrière con il titolo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition entièrement refondue et très-augmentée (Paris, 1809, trad. it. *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, a cura di G. e P. Kantzas, 2 voll., Pisa, 1985-1988).
19. Famoso "paziente" di Charenton fu ancora il marchese de Sade, dal 1801 fino alla morte sopravvenuta nel 1814. A Charenton morirono inoltre il musicista Jérôme-Joseph de Momigny (1842), il caricaturista André Gill (1885) ed il matematico André Bloch (1948) che qui passò gli ultimi trent'anni della sua vita producendo una gran mole di lavori. Oggi la struttura è denominata *Hôpital Esquirol* in memoria di Jean-Étienne Dominique Esquirol.
20. J.E. D. ESQUIROL, *Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton*, Paris, 1835, in P. PINON, *L'hospice de Charenton: temple de la raison ou folie de l'archéologie*, Bruxelles, 1989, p. 8.
21. PINON, *L'hospice de Charenton ...*, cit., p. 9.
22. ESQUIROL, *Mémoire historique ...*, cit., p. 8.
23. Dopo il manicomio di Charenton, nel 1843 Émile-Jacques Gilbert (1795-1874), in qualità di Architetto della Città di Parigi, venne incaricato di realizzare il penitenziario modello di Mazas sulla base dei disegni di Guillaume-Abel Blouet. Nel 1858 ricevette inoltre l'incarico della costruzione del nuovo *Hôtel Dieu* sull'*Île de la Cité*.

24. J.E.D. ESQUIROL, Des établissements consacrés au aliénés en France et des moyens de les améliorer, Paris, 1819, in PINON, L'hospice de Charenton ... , cit., p. 43.
25. Ivi, p. 49.
26. Guillaume-Abel Blouet (1795 - 1853) vinse nel 1821 il *Grand Prix de Rome* dell' *École des Beaux-Arts*, che gli consentì di soggiornare per cinque anni presso l'Accademia di Francia a Roma. Lo studio dell'architettura antica si tradusse nell'opera *Restauration des thermes d'Antonin Caracalla*, à Rome, présentée en 1826 et dédiée en 1827 à l'Académie des Beaux-Arts, pubblicata nel 1828. *L'Institut de France* lo pose a capo della sezione di Belle Arti nella spedizione militare nella Morea Francese, nel corso della quale egli dimostrò l'identità del tempio di Zeus ad Olympia (1829), il cui rilievo pubblicò in *Expédition scientifique de Morée*, ordonnée par le gouvernement français. *Architecture, sculptures, inscriptions et vues du Péloponnèse, des Cyclades et de l'Attique, mesurées, dessinées, recueillies et publiées par Abel Blouet, architecte (...)*, Paris, 3 voll., 1831–1838.
27. PINON, L'hospice de Charenton ... , cit., p. 24.
28. Sull'argomento cfr. L. DAYRAS, Des aliénés. Réformes à introduire à la loi de 1838, Paris, 1883.
29. A. CROS, Étude de 196 malades internés en établissement psychiatrique privé au début du siècle à Bordeaux (Maison de santé de Castel d'Andorte au Bouscat). *Pathologies et thèmes délirants*, Bordeaux, 1992, pp.12-13. Cfr. inoltre U. FORNARI, *Psicopatologia e Psichiatria Forense*, Torino, 1989.
30. J. LÉAUTÉ, *La psichiatria forense francese*, in F. FERRACUTI, *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Milano, 1990, p.179.
31. *Joseph Guillaume Desmaysons Dupallans...*, cit., p. 21.
32. Tra gli altri, nel 1901 viene ricoverato a Castel d'Andorte Juan Ramon Jiménez (1881-1958), premio Nobel per la letteratura nel 1956.
33. É. FÉRET, *Statistique générale topographique, scientifique, administrative, industrielle, commerciale, agricole, historique, archéologique et biographique du Département de la Gironde*, Bordeaux, vol. I, lib. IX, 1878, p. 904.
34. Ivi, vol. III, 1889, p. 187.
35. Le pubblicazioni di John Conolly sono: *An inquiry concerning the indications of insanity with suggestion for the better protection and care of the insane*, London, 1830; *Treatment of the insane without mechanical restraints*, London, 1856.
36. cfr. J. TAYLOR, *Hospital and Asylum Architecture in England 1840–1914*, London, 1991. Il *Lunacy Act* ed il *County Asylums Act*, dello stesso 1845, costituirono il riferimento legislativo in Inghilterra e Galles sino alla fine del secolo, riconoscendo ai "lunatici" lo status di persone affette da patologie mentali.
37. Il compito della Commissione, composta da undici membri locali, era quello di stabilire e attuare le disposizioni della legge, valutando tutti i progetti per i nuovi "asili" e verificando le condizioni di quelli esistenti.
38. B. FRANKLIN, *Hospital - Heritage - Home: reconciling the nineteenth-century lunatic asylum*, in *"Housing, Theory and Society"*, n. 19 (2002), pp.170–184.
39. Il Claybury Hospital di Woodford Bridge (Essex), fu costruito a partire dal 1889 ed aperto nel 1893. Secondo Peter Cracknell fu il primo realizzato sullo schema "*Compact Arrow*" ("punta stretta"). Fu collocato su di una collina in un sito d'impianto di circa 50 acri di boschi e 95 acri di parchi, laghi e giardini storici, progettati nel 1789 dall'architetto paesaggista Humphrey Repton per il proprietario James Hatch. Nel 1894 il *London County Council* acquistò un appezzamento di terra pari a 750 acri per la costruzione del Bexley Hospital di Coldblow presso Bexleyheath (Kent), aperto nel 1898 ed impostato anch'esso sullo schema del "*Compact Arrow*". L'*Horton Asylum* di Epsom (Surrey), fu invece fondato nel 1899 ed aperto nel 1902, riprendendo sostanzialmente lo schema a "*Compact Arrow*" di Bexley. Infine il *Long Asylum*, anch'esso appartenente all'Epsom Cluster of hospitals di Epsom, venne aperto nel 1906.
40. G.T. HINE, *Asylums and Asylum Planning*, in *"Journal of the Royal Institute of British Architects"*, 3rd series, London, 1901, p. 162.
41. Per le tipologie inglesi si rimanda a A. ROBERTS, *The Lunacy Commission, Study of its Origin, Emergence and Character*, London, 1981, consultabile in www.studymore.org.uk.
42. J. THORNE, *Handbook to the Environs of London*, ivi, 1876, p. 577; F. PAYNE, *Stone House. The City of London Asylum, Sevenoaks – Kent*, 2007, p. 69.
43. F. VINCIGUERRA, *Evoluzione dell'architettura ospedaliera*, in *Atti del primo congresso europeo di storia ospedaliera*, Reggio Emilia, 1960, p. 1132.
44. Cfr. D. GITTINS, *Madness in Its Place: Narratives of Severalls Hospital, 1913-1997*, London, 1998.
45. L'istituzione ha radici profonde ed è legata al culto di S. Difna, le cui reliquie furono traslate nel secolo XIII. La Santa era patrona dei malati di mente, degli indemoniati, degli epilettici e dei sonnambuli, in quanto suo padre era affetto da demenza causata dal demonio. Per questo durante il Medioevo Geel era divenuta centro di pellegrinaggio, con i fedeli che passavano strisciando per nove volte sotto il cenotafio di S. Difna, allo scopo di ottenere i benefici richieste. La consuetudine dei pellegrinaggi fece sì

- che a Geel si formasse una consistente colonia di alienati, ospitati ed assistiti dalle famiglie del luogo.
46. Cfr. F. DE PERI, *L'esperienza di Gheel e la "colonnizzazione dei folli" nell'800*, in *Follia, Psichiatria e Società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, 1982.
 47. Così come a Gheel, anche nel villaggio di Lierneux ogni famiglia ospitava un paio di alienati, sostenuta dalla consulenza di medici ed infermieri.
 48. Cfr. A. TAMBURINI, *L'assistenza degli alienati e il Patronato Familiare in Italia*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. XXVIII (1902).
 49. In tale ambito vanno ricordati Karl Wigard Maximilian Jacobi (1775-1858), tra i primi a sostenere l'approccio somatico, Johannes Baptist Friedrich (1796-1862), autore di influenti manuali, e Wilhelm Griesinger (1817-1868), considerato il padre della psichiatria organica tedesca.
 50. D. DONGHI, *Manuale dell'architetto*, vol. II - *La composizione architettonica. Parte I - Distribuzione*, Torino, 1927, p.667.
 51. Heinrich Hoffmann (1809-1894) fu un illustre psichiatra, sostenitore delle teorie di Wilhelm Griesinger. Le sue idee saranno sviluppate da altri illustri psichiatri tedeschi come Alois Alzheimer. Tra i suoi scritti di carattere scientifico vanno ricordate le *Osservazioni ed esperienze sui disturbi psichici e l'epilessia nell'ospedale psichiatrico di Francoforte sul Meno dal 1851 al 1858*. Hoffmann fu anche autore di brevi racconti per bambini, alcuni dei quali contenuti nella raccolta di filastrocche illustrate dal titolo *Der Struwwelpeter* (in Italiano "Pierino porcospino"). Su tale argomento cfr. M. KONRAD, M. ULRIKE, *Alzheimer: la vita di un medico, la carriera di una malattia*, trad. it. di Luigi Garzone, Roma, 1999.
 52. Ivi, p. 67.
 53. CANOSA, *Storia...*, cit. pp. 44-45.
 54. *Ibidem*.
 55. C. CATANANTI, *La Nascita dell'ospedale moderno tra i "Lumi della ragione" ed i "Fuochi della rivoluzione"*, in "Medicina nei secoli", vol. 14, n. 1 (2002), p.135-153.
 56. Jacques René Tenon (1724-1816) fu medico chirurgo presso la Salpêtrière e autore del *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* del 1788. Tenon ebbe una fitta corrispondenza con l'architetto George Dance e con il dottor Robert Adair, Ispettore Generale degli ospedali militari inglesi. All'interno del dibattito sulla questione dell'*Hôtel Dieu* è nota la sua *querelle* con l'architetto francese Bernard Poyet (1742-1829) che proponeva un nuovo e grandioso edificio sull'*Île des Cygnes* con oltre 5000 posti letto e con una forma che richiamava esternamente il Colosseo.
 57. CAPOLONGO, *Edilizia ospedaliera ed evoluzione sociale*, in *Edilizia ospedaliera. approcci metodologici e progettuali*, Milano, 2006, p. 12.
 58. Il manicomio *Maison Blanche*, costruito nel 1896 per 1200 malati su progetto dall'architetto Morin-Goustiaux, è un valido esempio del tipo "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie", nonostante nella parte sinistra del lotto fossero costruiti dei padiglioni isolati. Infatti anche in questo settore il progetto originale prevedeva padiglioni simmetrici collegati da gallerie (DONGHI, *Manuale ...*, pp. 734-735).
 59. Il manicomio di Ville Évvard, costruito a 15 chilometri da Parigi per 1167 alienati su progetto di Paul-Eugène Lequeux è invece un classico esempio di ospedale psichiatrico "a padiglioni isolati" (ivi, p.736).
 60. CANOSA, *Storia ...*, cit., p. 45.
 61. DONGHI, *Manuale ...*, cit., pp.736-738.

CAPITOLO III

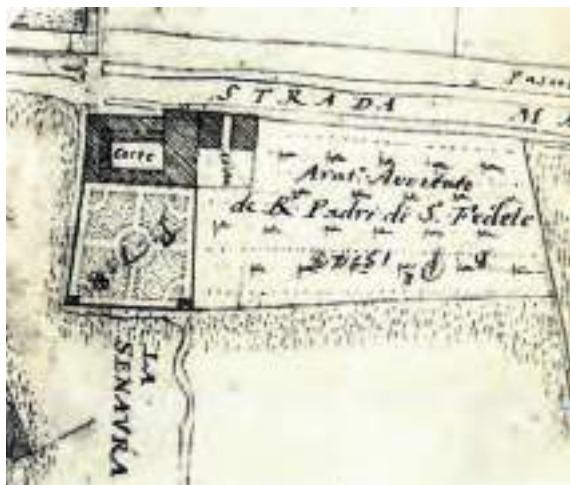
I manicomi italiani tra Ottocento e Novecento

III.1 • La situazione manicomiale in Italia dalla fine del Settecento all'Unità

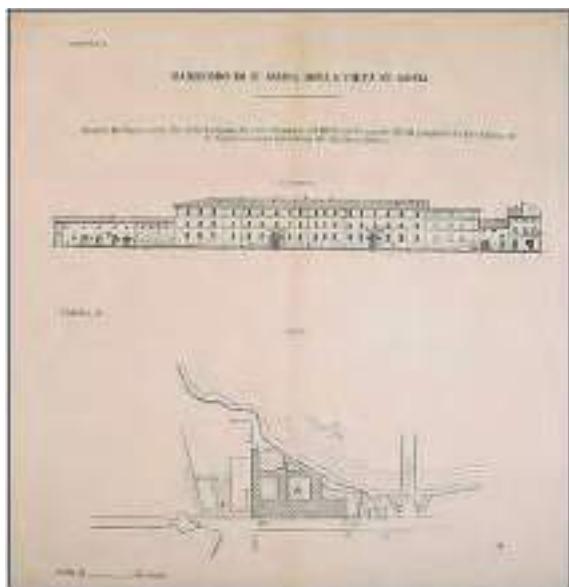
Nel Settecento italiano, l'assistenza psichiatrica è caratterizzata da una tendenza alla specializzazione attraverso il riadattamento dei cosiddetti "pazzerelli", ovvero di quelle strutture sorte tra il XVI e XVII secolo un po' in tutta la Penisola. Questo processo di riadattamento istituzionale dei luoghi dedicati all'assistenza dei "pazzi" è particolarmente vivo nelle regioni del Settentrione, dove era più forte la spinta economica. Ad esempio a Torino Vittorio Amedeo II stabilisce nel 1728 la costruzione dell'"Ospedale dei pazzerelli", affidandone la gestione alla Confraternita del Santo Sudario e della Vergine delle Grazie¹; a Milano un decreto di Maria Teresa d'Austria datato 5 settembre 1780 istituisce un manicomio nel palazzo della "Senavra", costruito nel 1548 dal governatore Ferrante Gonzaga fuori Porta Tosa².

Anche lo Stato Pontificio partecipa al fenomeno, come testimonia a Roma il trasferimento dell'Ospedale di S. Maria della

Pietà da Piazza Colonna alla Lungara nel 1726³. Dopo che l'anno prima Pio IV ne aveva approvato l'istituzione con la bolla *Ad insaniam curandam*, dal 1562 l'ospedale ospita anche i "poveri matti", fino ad assumere esclusivo carattere di frenocomio intorno al 1579. L'organismo gravita attorno ad un cortile principale, realizzato dietro i granai, e ad un cortile secondario, dotato di una grande fontana a parete e racchiuso tra i vani della sacrestia, del forno, della "stufa" e della dispensa; due refettori, distinti per sesso, vengono poi sistemati l'uno di fronte all'altro. Tra il XVI e il XVII secolo l'ospedale avverte un periodo di declino, che probabilmente causa l'avvicendamento della società spagnola con la Confraternita di S. Orsola. La tendenza reclusiva dell'istituzione inizia a manifestarsi dopo il 1630, quando il cardinale Francesco Barberini, protettore del sodalizio, detta le "Regole barberiniane", che finiscono con lo snaturare il carattere filantropico del "pazzerello", nel quale alla fine del secolo si trovano stipati oltre cento ricoverati in luogo delle poche decine iniziali. Nel 1725 per volere di Benedetto XIII la struttura viene accorpata all'ospedale di S. Spirito in Sassia e trasferita in via della Lungara a Trastevere, nei locali contigui all'antico complesso, le cui origini risalgono all'anno 727. Per le opere di adeguamento dell'organismo alla nuova funzione il Papa si affida al suo architetto di fiducia Filippo Raguzzini, che nello stesso anno aveva sostituito Lorenzo Possenti nella progettazione dell'ospedale San Gallicano. I lavori di sistemazione della nuova sede di S. Maria della Pietà, iniziati nel 1726, terminano due anni dopo. Collocato su di un sito che, serrato fra il Tevere e via della Lungara, non offriva possibilità di futuri ampliamenti, l'asilo risulta composto da due corpi di fabbrica simmetrici a tre livelli disposti intorno ad un cortile, con il fronte affacciato sulla via principale per una lunghezza complessiva di circa 114 metri. I due edifici, destinati rispettivamente agli uomini ed alle donne, mostrano una quasi identica



A destra: Milano, palazzo della Senavra nel XVIII secolo.



distribuzione degli spazi: al piano terra sono collocate le celle, i bagni, la cucina e il refettorio, mentre al primo ed al secondo piano vengono sistemati i dormitori. Le celle dei furiosi e quelle degli altri malati si aprono sul medesimo cortile mentre le celle delle donne sono servite dal secondo cortile, adibito a stenditoio e per questo difficilmente praticabile; le malate più pericolose vengono rinchiusi nei cosiddetti "camerini delle paglie", locali a pianta quadrata della superficie di quattro metri quadrati e per giunta male illuminati. Tra la fine del XVIII secolo e l'inizio del successivo all'edificio vengono aggiunti nuovi volumi, su progetto dell'architetto Giovanni Battista Moneti. L'opera viene però criticata da Desmays Dupallans, secondo il quale alla medesima «il solo elogio che si possa fare è che la pulizia vi è ben mantenuta, e che i letti dei malati tranquilli sono ben corredati. Tutti gli altri servizi sono peraltro inadeguati. Nulla è disposto per lo scopo a cui questo stabilimento deve assolvere. Lo spazio manca». L'ospedale appare il primo e uno dei più eclatanti esempi che testimonia le «nefasti conseguenze degli stabilimenti misti in

quanto sono state stabilite per gli alienati le stesse regole esistenti per il resto degli ammalati». Parere altrettanto severo risulta quello espresso durante il periodo francese dal barone Joseph Marie De Gerando, giurista, umanista e filosofo, nonché membro della Consulta Straordinaria imperiale:

«Riassumendo, l'asilo di S. Maria della Pietà dei poveri pazzi è mal situato, mal distribuito, troppo stretto e sprovvisto di annessi. Sarà necessario costruire ex-novo, in altro luogo, affinché l'ospizio degli alienati di Roma diventi degno della capitale del mondo cristiano»⁴.

Alla denuncia De Gerando fa seguire un fattivo impegno rivolto alla revisione totale della rugginosa macchina assistenziale romana, proponendo un programma di riforma che viene integralmente recepito dal decreto del 4 giugno 1810. In particolare il barone auspicava una rapida dislocazione degli alienati in una nuova struttura progettata in base alle teorie di Pinel ed Esquirol, perseguendo la triplice finalità di

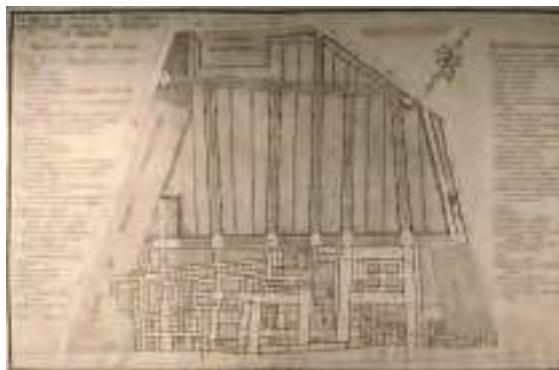
In alto, a sinistra: F. Azzurri, Manicomio di S. Maria della Pietà in via della Lungara a Roma, prospetto e pianta (1856).

In alto, a destra: Roma, Manicomio di S. Maria della Pietà in via della Lungara, veduta (1862).

curare i malati di mente, di offrire rifugio ai folli indigenti (anche se non curabili) ed infine di preservare l'ordine pubblico. L'ospedale è oggetto di un rapporto ufficiale del 1824, che ne rileva le gravi carenze, e nel 1838 viene visitato da Joseph Guislain, il grande medico belga pioniere della psichiatria, che due anni dopo ne descrive in modo spietato i numerosi difetti in *Lettres Médicales sur l'Italie*⁵. Inoltre nel 1849 una commissione presieduta dal cardinale Morichini esprime nuove critiche. Nel 1850 Giovanni Gualandi, medico alienista già attivo presso il manicomio di Bologna, viene nominato medico alienista direttore residente dell'ospedale S. Maria della Pietà dei poveri pazzi di Roma su proposta del cardinal Carlo Luigi Morichini, presidente della commissione amministrativa dell'Arcispedale di S. Spirito, che aveva studiato la possibilità della trasformazione edilizia e funzionale del S. Maria della Pietà⁶. L'intento di fondo era quello di affidare ad una più stretta competenza medica l'istituto manicomiale, che sino ad allora era stato gestito sulla base di criteri di carattere più religioso che sanitario. Il programma di riorganizzazione dell'intera assistenza sanitaria urbana promuove quindi l'iniziativa della costruzione di un nuovo manicomio impostato su moderne regole di competenza professionale. Nonostante Gualandi avesse richiesto l'acquisto della villa Borghese di Mondragone per sistemarvi la nuova struttura, il pontefice, abbandonando il programma originario, stabilisce di potenziare le strutture esistenti, acquistando le ville Barberini e Gabrielli sul vicino Gianicolo, ed affidando i lavori di adeguamento e ristrutturazione all'architetto Francesco Azzurri. L'esecuzione delle opere relative al progetto principale, che prevedeva l'ampliamento del vecchio edificio fino al porto Leonino nonché l'inglobamento delle case esistenti e di villa Barberini, incontrano però molte difficoltà di carattere tecnico e logistico; mentre infatti le mura portanti rivelano una scarsa solidità a causa della notevole umidità del terreno, diviene sempre più difficile continuare ad ospitare i seicento alienati in un edificio che si era trasformato in cantiere edile. Dopo aver visitato varie sedi manicomiali in Italia, Francia e Belgio, nel 1856 Azzurri progetta una nuova organizzazione funzionale dell'ospede-

dale, basata su cinque distinte zone: il quartiere dei "tranquilla e convalescenti", quello dei "sudici", quello degli "agitati e furiosi", l'infermeria per i dementi affetti da malattie ordinarie e accidentali ed infine il quartiere per i pensionati paganti⁷. Tutte le sezioni, tranne l'ultima sistemata nella villa Barberini, vengono alloggiate nel vecchio fabbricato e collegate da un lungo corridoio di servizio parallelo a via della Lungara, dal quale partivano i bracci dei quartieri suddetti. Ulteriore suddivisione è poi imposta dai tre distinti ingressi: a sinistra per le donne, al centro per gli addetti ed a destra per gli uomini. Un giardino ed altri spazi verdi vengono infine realizzati all'interno del complesso, tanto che i pazienti, trattati separatamente a seconda della loro diagnosi, possono scegliere se impegnarsi nel lavoro manuale o semplicemente passeggiare all'ombra. La novità maggiore dell'intervento di Francesco Azzurri risulta la suddivisione dell'organismo secondo la "classe" di malattia in quartieri autonomi, ognuno dei quali dotato al piano terra di un proprio refettorio e di un soggiorno con cortile, mentre ai piani superiori sono sistemati i dormitori (per un massimo di sei posti letto); l'amministrazione occupa poi il corpo centrale del complesso, con un ingresso indipendente. In tal modo il nuovo organismo passa dal sistema "chiuso" a quello "a padiglioni", anche se l'intenzione originaria era quella di realizzare un "manicomio villaggio" simile a quelli visti nel suo viaggio, impedito in ciò dalla ubicazione in via della Lungara che non permetteva una trasformazione totale del complesso. Una svolta decisiva si ha però nel 1873 quando le ville Barberini e Gabrielli vengono recintate con l'aggiunta di altri edifici preesistenti riadattati alla nuova funzione, come il granaio dell'ospedale di S. Spirito. L'espansione verso il Gianicolo permette così a Francesco Azzurri di avvicinarsi al tipo "a villaggio" che aveva inizialmente concepito. Nonostante ciò, l'attività di Giovanni Gualandi, impostata sui moderni criteri psichiatrici sviluppati in Francia ed ormai diffusi in Italia e sul presupposto della completa autonomia del medico direttore sotto il profilo clinico ed amministrativo, si scontra subito con la rigida struttura gerarchica esistente. Nel frattempo la struttura di via della Lungara viene sottoposta

a lavori di restauro, eseguiti tra il 1859 ed il 1860, che consentono all'ospedale di ospitare ben 503 pazienti in luogo dei 119 accolti nel 1812. La situazione di precario equilibrio al vertice precipita però nel marzo 1861, quando Pio IX ordina a monsignor Domenico Giraud di svolgere un'inchiesta sulla grave situazione economica dell'istituto, allo scopo di accertare le eventuali responsabilità del direttore, accusato anche di insubordinazione agli ordini superiori. Il 30 aprile seguente Gualandi viene così licenziato ed avvicendato dall'archiatra pontificio Benedetto Viale Prelà. Dopo l'Unità d'Italia il manicomio assume lo *status* di opera pia e viene gestito dalla Commissione amministrativa degli ospedali fino al 1891, quando iniziano le trattative per la cessione alla Provincia. La vita fisica dell'edificio terminò nel 1910, quando la struttura viene demolita per consentire la costruzione del Lungotevere. Sempre in territorio pontificio dal 1749 l'assistenza ai "folli" era offerta anche nella città di Ancona, sottoposta ad un generale ammodernamento voluto da papa Clemente XII e curato da Luigi Vanvitelli⁸. L'area tosco-emiliana presenta per suo conto strutture di notevole interesse, quali il manicomio di S. Lazzaro a Reggio Emilia, nato nel XII secolo come lebbrosario, ma destinato all'accoglienza esclusiva degli alienati nel 1754 dal duca Francesco III d'Este, e gli ospedali di Fregionaja a Lucca (sorto nel 1773) e di S. Nicolò a Siena del 1775. Nel Granducato di Toscana notevole rilievo assume la riforma sull'assistenza psichiatrica promossa da Leopoldo I di Lorena il quale, avendo acquisito conoscenza delle miserevoli condizioni in cui versavano i malati di mente e, nel contempo, dell'ineadeguatezza dell'ospedale fiorentino di S. Dorotea, emana la "Legge sui pazzi" del 24 gennaio 1774 e di seguito istituisce l'ospedale psichiatrico di S. Bonifazio (1785). La legge, il cui regolamento viene approvato solo nel 1789, rappresenta una prima testimonianza d'interesse nei confronti dei folli, esprimendo una strategia di carattere assistenziale piuttosto che coercitivo. In tal senso, viene disposto il riuso degli edifici monastici e conventuali soppressi dal Granduca in ossequio ai principi del giurisdizionalismo laico, sostituendo dunque delle istituzioni religiose con altre di carattere pubblico e civile.



A sinistra: Firenze, Ospedale di Bonifazio, pianta (1788).

In basso: Firenze, Ospedale di Bonifazio, veduta su via S. Gallo (1788).

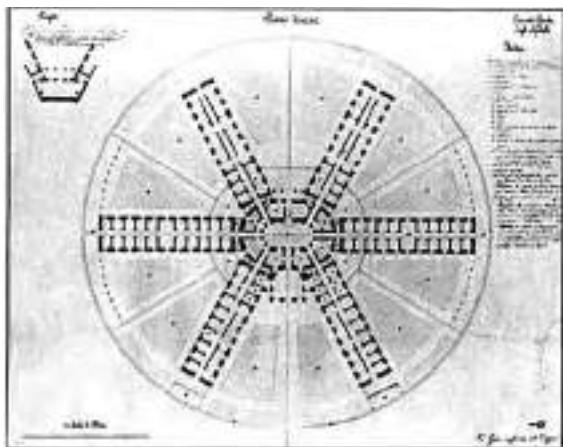
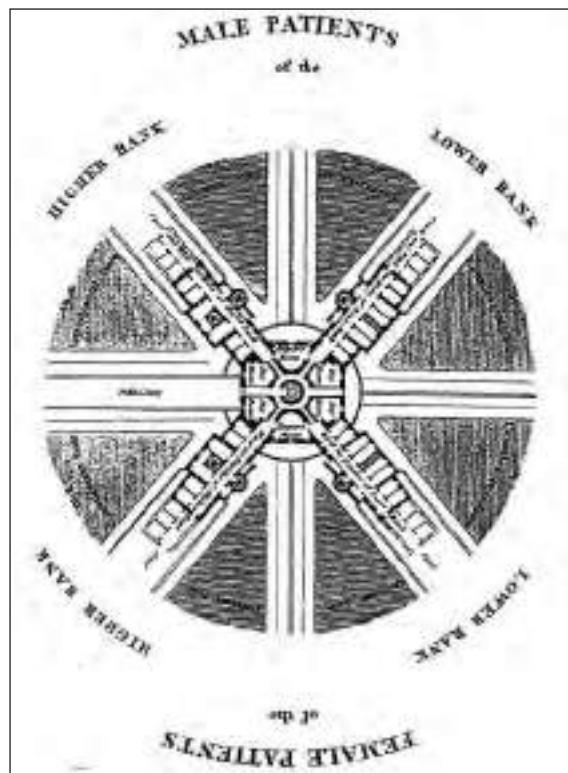
Un ruolo determinante in tale processo di trasformazione istituzionale si deve però all'opera svolta dal dottor Vincenzo Chiarugi (1759-1820) presso l'Ospedale di S. Bonifazio, dove nel 1788 questi era divenuto "Primo Infermiere". Chiarugi concepisce per primo l'idea di una struttura esclusivamente rivolta all'attività medica ed alle cure psichiatriche; inoltre, nell'ambito del processo di trasformazione dell'istituzione manicomiale italiana, il suo metodo di approccio alla malattia mostra di anticipare persino le esperienze dell'ambiente scientifico francese. Il carattere innovativo insito nel pensiero teorico



A destra: Glasgow,
*Glasgow Lunatic
Asylum*, pianta.

In basso: C.
Barabino, A. D.
Cervetto, *Progetto
per il Manicomio di
Abrara* a Genova,
pianta (1830).

del "Primo infermiere" non trova però riscontro nel proprio significativo architettonico, in quanto il S. Bonifazio adotta ancora un sistema chiuso, del tutto inadeguato alle nuove istanze di carattere scientifico e tipologico⁹. Sebbene sotto il profilo architettonico la cura della pazzia venisse affidata ad edifici preesistenti adattati, il modello assistenziale toscano mostrò una notevole modernità a livello di sistema, risultando un organismo multipolare articolato in varie sedi paritetiche. Il tentativo di accentrare a Firenze tutte le "case di custodia" toscane, avviato nel 1788 per volontà del Granduca, si rivela infatti del tutto inefficace, tanto da determinare un rapido accantonamento di tale strategia assistenziale. Nello stesso territorio, l'attenzione rivolta verso l'assistenza psichiatrica e le procedure di ammissione al manicomio raggiunge il suo livello più alto con il *Motu proprio* di Leopoldo II del 2 agosto 1838, che precisa con maggiore compiutezza le norme poste a garanzia della libertà individuale. Mentre negli altri Regni preunitari sono ancora gli organi di polizia a sovrintendere al ricovero del presunto malato, in Toscana da allora in poi «nessuno può essere ammesso in manicomio senza un decreto del Tribunale Civile e Correzionale, che ne autorizzi la provvisoria custodia»¹⁰. All'inizio dell'Ottocento un po' in tutta la Penisola le varie



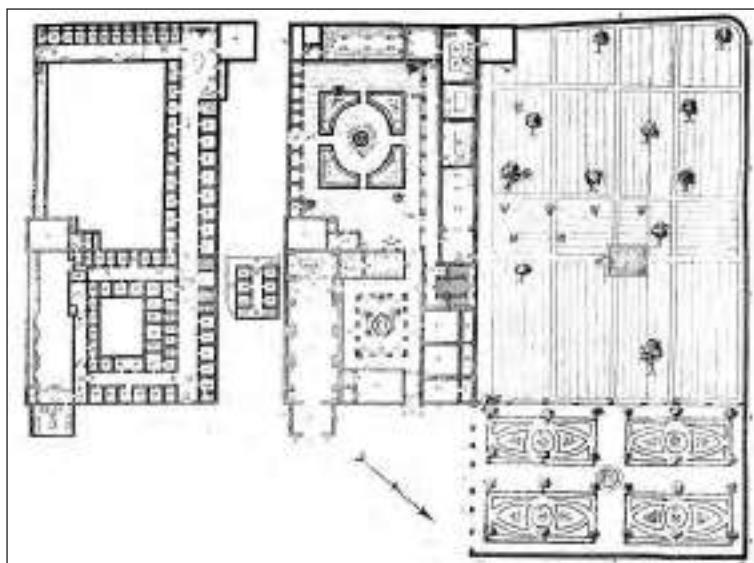
Nella pagina a
fianco, in alto:
Aversa, Casa di S.
Maria Maddalena,
pianta del primo
piano e del piano
terra (1813).

Nella pagina a
fianco, in basso:
Aversa, chiesa di S.
Maria Maddalena,
veduta (1813).

leggi di soppressione dei conventi offrono nuovi spazi per la cura dei folli, e di conseguenza i vari governi dispongono il rimaneggiamento dei complessi esistenti allo scopo di adeguarli alle nuove istanze scientifico-sanitarie. In tale periodo, la maggior parte dei manicomi è sistemata all'interno di ospedali e di ospizi o vincolato ai medesimi, come nel caso del già citato istituto di S. Maria della Pietà a Roma, posto alle dipendenze dell'Ospedale di S. Spirito, o del manicomio alloggiato nell'Ospedale S. Orsola di Bologna. Rare ma significative sono le realizzazioni *ex novo* di stabilimenti destinati esclusivamente all'internamento dei folli, tra le quali il manicomio di Genova (non più esistente), costruito a partire dal 1834 nella zona di S. Vincenzo su progetto dell'architetto civico Carlo Barabino e di Domenico Antonio Cervetto, tecnico di

fiducia degli ospedali civili¹¹. Le difficoltà che il tema presentava, l'inadeguatezza del terreno d'impianto ed i disaccordi sorti tra i due tecnici fanno sì che venga loro affiancato l'architetto Celestino Foppiani. Mentre il Barabino, che non gradisce l'imposizione del Foppiani, si dimette in coincidenza dell'inizio dei lavori, Domenico Antonio Cervetto accetta di seguire la realizzazione dell'opera, completata però con alcune varianti dal solo Foppiani nel 1840¹². La struttura, aperta ufficialmente nel 1841, è un esemplare unico del suo genere in Italia, in quanto si discosta dalle tipologie sino ad allora utilizzate, ispirandosi ad aggiornati esempi stranieri che lo stesso Cervetto aveva visitato in un apposito viaggio all'estero. Ad imitazione del *Glasgow Lunatic Asylum*, progettato da William Stark (1770-1813) e completato nel 1814, la struttura genovese adotta infatti lo schema radiale del *Panopticon*, con sei lunghi bracci che partono da un corpo ellittico centrale¹³. In realtà, come fa notare lo stesso Canosa, lascia molto perplessi il ricorso ad «una architettura tipica di un pensiero custodialistico il più esteso e penetrante, per di più in via di abbandono ovunque, quanto meno nell'ambito dei manicomi», allungando ombre oscure sul grado di aggiornamento dell'ambiente manicomiale italiano del periodo¹⁴.

Nel Regno di Napoli, invece, il processo di trasformazione dei luoghi di assistenza si ha durante il decennio napoleonico dopo che l'11 marzo 1813 Gioacchino Murat ha emanato il "Decreto per lo stabilimento e funzioni di un Consiglio generale di amministrazione per tutti gli interessi degli ospizii, ospedali ed altri stabilimenti destinati al sollievo dei poveri, ammalati e proietti della capitale"¹⁵. Le condizioni subumane in cui si trovavano i malati del già citato ospedale napoletano degli Incurabili, ma anche la necessità di operare demolizioni per la sistemazione di via Foria¹⁶, portano i regnanti francesi alla decisione di creare una specifica istituzione lontana dalla città, prima nella Badia dei Vergini a Casamarciano e poi nel territorio di Aversa¹⁷. La "Reale Casa dei Matti" di Aversa sopperisce dunque al lavoro delle diverse opere pie, assicurando un controllo più organico della malattia mentale. Il complesso aver-



te¹⁸, è la prima struttura pubblica meridionale nata per la cura della follia e per tutta la durata del Regno borbonico sarà il centro di raccolta dei malati di tutto il Mezzogiorno continentale, nonché un riferimento costante per le strutture del tipo sino alla fine del secolo. Nel maggio 1813 il "Reale



Morotroffio” inizia la sua attività accogliendo solo pazienti di sesso maschile nel convento dei Frati minori osservanti, in cui era sito in origine l’*Hospitium leprosum S. Mariæ Magdalenaë*. Solo nel mese seguente nel convento dei Cappuccini viene aperta una sezione per ospitare le donne. Nella nuova istituzione si riversano malati di tutto il Mezzogiorno continentale e ben presto il convento francescano risulta insufficiente ad ospitare il numero sempre crescente dei degenti, tanto da costringere alcune sezioni a successivi traslochi in ambienti sempre più spaziosi. La fama della “Reale Casa dei Matti” di Aversa si diffonde in tutta Europa, nonostante le carenze logistiche e le «bizzarre novità introdotte ne’ sistemi, e nella disciplina»¹⁹ da Giovanni Maria Linguiti, incaricato dal Governo a dirigere la struttura. Tali «bizzarre novità» erano nient’altro che le pratiche previste dalla «cura morale» cui Linguiti sottoponeva gli alienati, la cui guarigione sarebbe dovuta avvenire attraverso l’esercizio della recitazione, del canto, della musica, della conversazione e delle passeggiate all’aria aperta e non per mezzo di strumenti coercitivi quali la repressione e la segregazione. Alla metà del secolo lo scrittore e giornalista aversano Gaetano Parente riporta lo stupore provato dai visitatori nell’udire i folli «suonare e cantare, e talvolta recitar commedie, e conversare con chicchessia affabilmente»; alle catene ed alla «reclusione antica» Linguiti aveva sostituito «il beneficio della vita attiva, ed i giocondi passatempi, e le salubri passeggiate per l’aprica campagna»²⁰. Un importante ruolo nell’evoluzione della struttura aversana viene svolto da Biagio Gioacchino Miraglia che, dopo aver ivi operato come medico, dal 1860 diviene direttore. Miraglia sopprimse immediatamente i mezzi di repressione (come i “cassoni” ed il “bagno di sorpresa”) e gli strumenti di coercizione, che raccoglie ed espone nel “Museo delle anticaglie”, potenziò il “Museo craniologico e patologico” ed inoltre, restando fermamente convinto del valore terapeutico del lavoro, impiega i “matti” nell’agricoltura e nella manifattura delle tele. Alla fine dell’Ottocento nella “Reale Casa” viene poi istituita la scuola dei “Medici praticanti indigenti”, cui si offre vitto, alloggio e possibilità di studio; infine, grazie ad uno spe-

ziale contratto sottoscritto con il Ministero dell’Interno, viene aperta la “Sezione criminale femminile”, unica del genere in Italia. Agli inizi del Novecento la “Reale Casa dei Matti” di Aversa si è definitivamente trasformata in ospedale, potendo contare su di un numeroso e qualificato personale sanitario e su nuovi ed aggiornati criteri di cura dei malati.

Negli anni immediatamente successivi alla caduta dei Napoleonidi, a Palermo si comincia a progettare un nuovo manicomio²¹ secondo il modello amministrativo e terapeutico di Aversa. Nel 1824, il luogotenente generale in Sicilia, marchese Pietro Ugo delle Favare²², nomina il barone Pietro Pisani deputato dell’“Ospizio dei matti” con l’incarico di riformare il convento dei Padri Teresiani Scalzi²³. Per il nuovo istituto Pisani redige nel 1827 un vero e proprio regolamento sotto il titolo *Istruzioni per la novella real casa dei matti in Palermo*, in cui traspare l’adesione ai principi esposti da Esquirol e Pinel. Pisani propugna anch’egli con vigore un “trattamento morale” nel quale vengano impiegati sistemi di cura più umani tanto che, non a caso, le due sezioni della “Reale Casa dei matti” di Palermo, sviluppate secondo il tipo “a padiglioni”, ricordano nella disposizione generale l’articolazione dei reparti della Salpêtrière²⁴. Tuttavia a Palermo le celle non si aprono su un porticato e per questo «l’alienato, che si è obbligati a far uscire, si trova per forza esposto nelle stagioni calda ad un sole infuocato»²⁵; allo stesso modo la nuova divisione per le donne, costruita tra il 1836 ed il 1840, risulterà sprovvista di gallerie e spazi porticati. Va però precisato come il progetto originale prevedesse edifici ad un solo livello, ma che dopo la morte di Pisani gli amministratori optano per la realizzazione di un secondo piano. L’istituzione della “Casa” palermitana decongestiona solo parzialmente la struttura di Aversa, i cui ricoverati dalle poche centinaia degli esordi divengono nel 1871 oltre ottomila. È per questo che Giuseppe Lostritto nel 1823 propone l’«istituzione di spedali pe’ pazzi in differenti posti del Regno»²⁶ ed in particolare, nel «capoluogo delle Puglie, delle Calabrie e degli Abruzzi» di «tre diverse case, ciascuna delle quali racchiudessero i folli delle province rispettive»²⁷. Tuttavia, nonostante fosse ufficialmente dichiarata in-

dispensabile, la politica del decentramento non viene in alcun modo attuata, tanto che Gaspare Virgilio, direttore del manicomio di Aversa, continua anche dopo l'Unità d'Italia ad esternare la necessità che tutte le Province del Meridione peninsulare ritirino i loro ammalati dalle Reali Case:

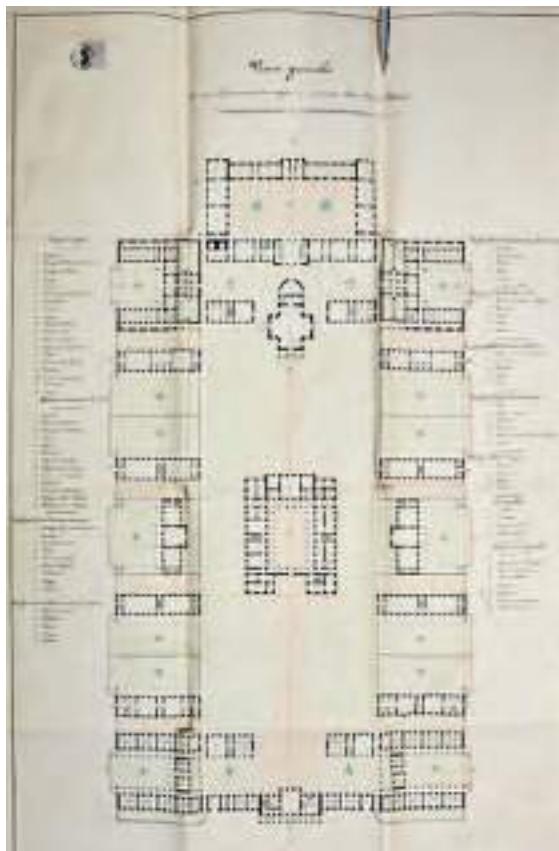
«Vorrei che la mia povera voce fosse abbastanza autorevole, da scuotere le nostre Province dal loro letargo, sicché esse smettendo alla fine l'indifferenza e il cinismo con cui trascurano la disgraziata classe dei pazzi, si facciano i loro asili»²⁸.

III.2 • La fase dell'internamento alla fine dell'Ottocento

Nell'Italia unita il dibattito circa l'autonomia della psichiatria rispetto alla medicina generale si sviluppa in ritardo rispetto alla Francia, nonostante grandi alienisti, tra cui Francesco Chiarugi, si fossero distinti già nell'età precedente²⁹. Tuttavia uno dei caratteri peculiari della psichiatria italiana è stato individuato nel percorso che la sua storia condivide con le vicende risorgimentali: in tal senso, l'istituzionalizzazione della disciplina va collocata nel processo di formazione del nuovo Stato³⁰. Riferendosi al periodo post-unitario Ferruccio Giacanelli parla infatti di "epoca d'oro dell'alienismo italiano", sottolineando il «rilievo che la psichiatria ha in questo periodo sulla scena nazionale» ed il ruolo di spicco che essa riesce ad acquisire, «definendo se stessa in rapporto alla medicina generale, alla giustizia penale, alla pubblica amministrazione, agli effetti prodotti anche in termini di diffusione dei modelli culturali»³¹. Bisogna aggiungere che dopo l'Unità, con il notevole incremento della popolazione, si assiste alla diffusione di nuove malattie che flagellano precisi ambiti geografici, come la pellagra nell'area padano-veneta. Tale morbo, causato dalla carenza prolungata di vitamine del complesso B, nei suoi esiti più acuti conduceva al delirio e veniva quindi considerata un indizio dell'incremento delle patologie psichiche.

Dopo il 1860, la classe medica più sensibile ai risvolti sociali della professione prende coscienza del diffuso malessere che

regna nel Paese e dal 1881 gli uffici centrali dello Stato iniziano la rilevazione statistica delle cause di morte nei 284 Comuni capoluoghi di Provincia, estesa in seguito a tutto il Regno. I dati raccolti concordano sul vertiginoso aumento dei ricoveri in manicomio nel periodo dal 1870 al 1910; a titolo di esempio, dal censimento del 1871 emerge come su una popolazione di 24.530.395 unità i malati di mente accertati siano 40.275, con un'incidenza superiore allo 0,16%³². Negli anni successivi al 1861 si verifica dunque uno «spaventoso crescendo della pazzia»³³ cui consegue l'urgente necessità di costruire nuovi manicomi. Mentre la fine del Seicento in Europa fu l'epoca



A sinistra: I. Gardella, Progetto per il nuovo Manicomio di Bologna, pianta (1863).

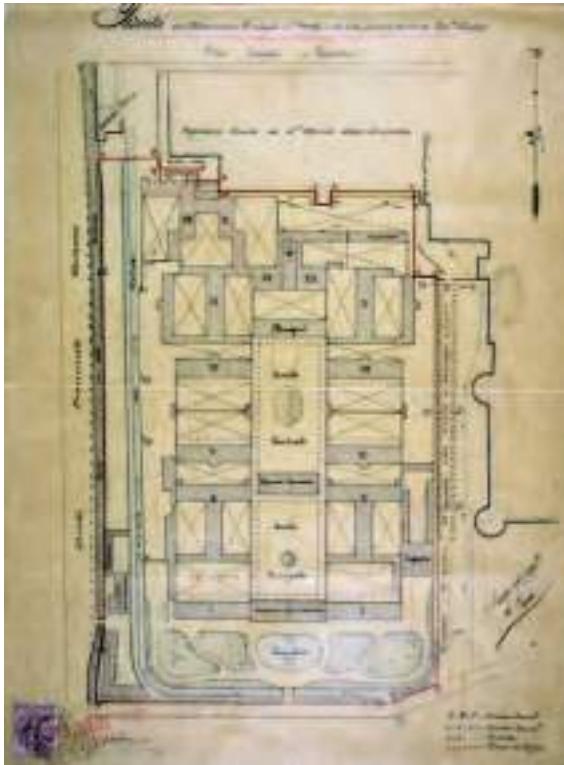
A lato: Imola, nuovo Manicomio di S. Maria della Scaletta o Manicomio Centrale, pianta di F. Orsini (1897).

In basso: Palermo, Ospedale Psichiatrico P. Pisani, planimetria generale.

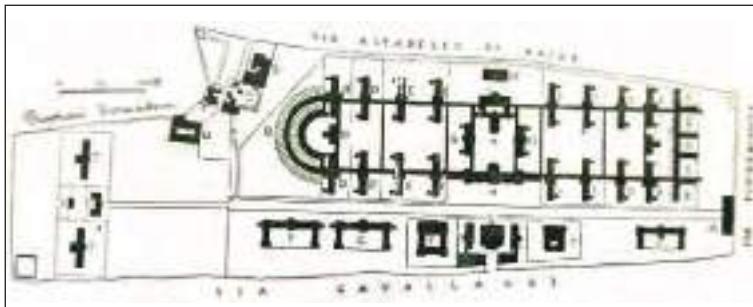
A destra: sopra, G. Quaroni, M. Piacentini, Progetto premiato per il Manicomio di Potenza denominato *Ophelia*, veduta prospettica (1906).

Nella pagina a fianco, in alto: Voghera, Manicomio, pianta del piano terra.

Nella pagina a fianco, in basso: Voghera, Manicomio, veduta prospettica d'insieme.



del grande internamento indifferenziato, nell'Italia del secondo Ottocento trionfa la prassi dell'internamento psichiatrico, inteso come risposta "moderna" della società borghese al



problema della follia³⁴. In tal senso, il manicomio diviene l'istituzione creata con lo scopo precipuo di garantire la guarigione del malato di mente, il passaggio obbligato perché questi fosse reintrodotta nel mondo dei sani.

La succitata necessità di nuove strutture dà origine al dibattito sulla tipologia da adottare, mentre il maggior successo fra le opere realizzate sembra essere riscosso dallo schema "a padiglioni avvicinati collegati tramite gallerie", impiegato nel 1856 dall'ingegnere Giovanni Battista Ferrante nel "Regio Manicomio" di Collegno, ampliamento dell'ex-monastero dei Certosini. Qui la presenza di gallerie di collegamento tra i vari padiglioni sembra peraltro risentire dell'influenza francese, cui l'ambiente piemontese era da sempre sensibile in ogni manifestazione.

Lo schema "a padiglioni avvicinati collegati tramite gallerie"

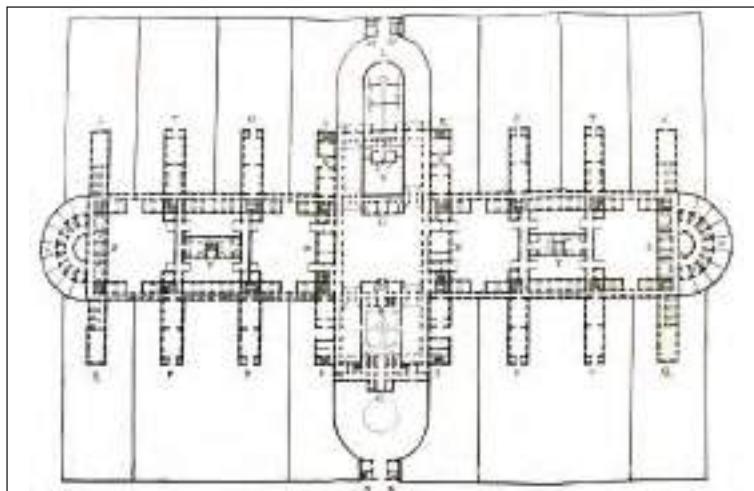


viene adottato non solo in Piemonte, ma un po' in tutto il nuovo Stato unitario: nel 1863 nel progetto non realizzato per il nuovo manicomio di Bologna dell'architetto genovese Ignazio Gardella; nel 1869 ad Imola nel nuovo manicomio di S. Maria della Scaletta progettato da Antonio Cipolla³⁵; nel 1889 a Palermo nell'"Ospedale Pietro Pisani" che sostituisce la vetusta "Real Casa dei matti"; nel 1891 a Firenze nel "Manicomio di San Salvi" progettato da Giacomo Roster in accordo con Augusto Tamburini; nel 1906 a Potenza nel progetto *Ophelia* con cui Giuseppe Quaroni e Marcello Piacentini vincono il concorso per la realizzazione del manicomio provinciale.

In tale ambito va ricordato anche la vicenda del manicomio di Voghera costruito nel 1876 su progetto degli architetti

Monti e Savoldi vincitore del concorso bandito nel 1873 dal Consiglio Provinciale di Pavia³⁶ e premiato al *Grand Concours International des Sciences et de l'Industrie* di Bruxelles del 1888 quale valido esempio di architettura manicomiale³⁷. Il complesso di Voghera si presenta in pianta come «l'intersezione ortogonale di due rettangoli costituente una croce simmetrica a bracci disuguali» di cui il maggiore contiene i reparti ed il minore i servizi³⁸; la particolarità della composizione consiste però nella disposizione delle celle del reparto "furiosi" in un corpo con pianta a semicerchio radiale rispetto al corridoio di servizio, con piccoli cortili privati che seguono lo stesso ordinamento.

Significativa è inoltre la sperimentazione tipologica messa in atto nel manicomio di S. Niccolò a Siena, per il quale a partire dal 1865 l'alienista Carlo Livi aveva proposto un'articolazione





rischia di non poter fronteggiare le spese del ricovero. Tali istanze vengono quindi recepite dalla Legge Comunale e Provinciale n. 2248 del 20 marzo 1865, che all'articolo 174 fissa la competenza passiva per i folli poveri a carico delle amministrazioni provinciali territorialmente competenti. Tale norma, limitandosi a fissare per la spesa delle linee generali d'intervento, è causa di numerosi conflitti, determinando nel contempo la nascita del "Manicomio Provinciale di Napoli". A tale scopo si cerca inizialmente di riadattare il complesso di S. Francesco di Sales, che però si rivela inadatto ad ospitare il gran numero di ricoverati, e solo in un secondo tempo si opta per la creazione di un nuovo "manicomio modello", realizzato in ossequio ai più recenti metodi di cura psichiatrica. A seguito del concorso bandito nel 1888 e vinto dall'ingegnere Giuseppe Tango, il nuovo manicomio napoletano, in seguito intitolato a "Leonardo Bianchi", viene realizzato nella zona di Capodichino secondo



un articolato sistema "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie", discusso e modificato da varie commissioni di tecnici e di alienisti.

Tuttavia il sistema manicomiale del Mezzogiorno inizia a prendere forma effettiva solo quando diverse Province si dispongono a ritirare da Aversa i "propri" ricoverati e ad ospitarli in

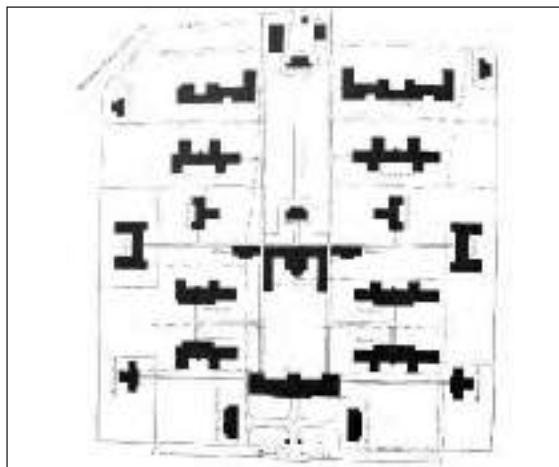
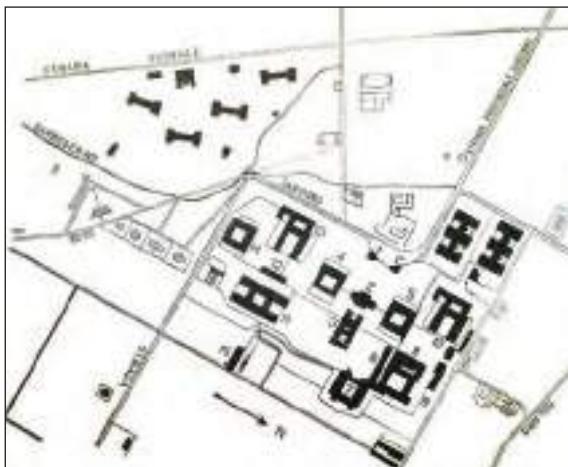
Nella pagina a fianco, in basso: Siena, Manicomio di S. Niccolò, Padiglione per furiosi Conolly, pianta.

In alto: Reggio Emilia, Manicomio S. Lazzaro, veduta prospettica.

Sopra: Imola, ex Ospedale Psichiatrico dell'Osservanza, foto aerea dello stato attuale.

A sinistra: Mombello, Manicomio Provinciale, planimetria generale.

A lato: Napoli, ex Ospedale Psichiatrico L. Bianchi, planimetria generale.



nuove strutture. Nel 1881 a Catanzaro viene inaugurato il manicomio provinciale nell'ex convento di Girifalco, mentre i malati delle province di Avellino, Bari, Campobasso, Cosenza, Foggia e Salerno, "ritirati" da Aversa tra il 1883 e il 1885, trovano accoglienza nel frenocomio di Nocera Inferiore, sorto dalla trasformazione dell'ex convento degli Olivetani ed intitolato a Vittorio Emanuele II. Agli estremi peninsulari della rete assistenziale meridionale si collocano infine le strutture realizzate tra il 1871 e il 1901 dopo che le Province di Catanzaro, L'Aquila, Lecce, Reggio Calabria e Teramo si erano distaccate da Aversa istituendo propri manicomi.

III.3 • Il Novecento

In Italia all'inizio del nuovo Secolo in ambito psichiatrico si sviluppa un ampio dibattito sui temi del *no restraint* e dell'*open door*⁴². Le tecniche di cura basate rispettivamente sull'abbandono della contenzione meccanica e sulla completa apertura degli spazi manicomiali sono proposte, discusse e applicate specialmente dal docente padovano Ernesto Belmondo. Con-

siderato da alcuni una radicalizzazione del *no restraint* e da altri un sistema alternativo al medesimo, l'*open door* interessa direttamente la progettazione di nuovi organismi richiamando l'organizzazione del "villaggio manicomiali". Nel 1899 il "manicomio a sistema scozzese" viene definito da Antigono Raggi, psichiatra dell'università di Pavia, «un metodo di cura speciale dei pazzi, in asili senza mura esterne ed interne ed a porte e finestre aperte, con libertà al pazzo di andare, di venire, di ricevere visite, di scrivere e leggere ciò che vuole e coll'abolizione di ogni qualsiasi mezzo di isolamento e di coercizione, che sia per richiamare alla sua mente la clausura o la vita di caserma»⁴³. Due anni dopo Ruggero Tambroni, direttore del manicomio di Ferrara, lo descrive una «modalità di trasformazione del manicomio meno radicale da realizzarsi compatibilmente con lo stato mentale del malato»⁴⁴. Lo stesso Tambroni, in occasione del Congresso della Società Freniatrica Italiana tenutosi ad Ancona nel 1901, esponendo i principi del nuovo sistema, ne sottolinea l'aspetto architettonico, in quanto elemento fondante della cura è l'articolazione in padiglioni dell'organismo secondo lo schema del "manicomio-villaggio". Bisogna dunque che il progettista elimini mura e gallerie coperte, prevedendo invece porte e finestre aperte per la maggior parte dei ricoverati e «una semplice serratura ed una cancellata, nello stesso tempo solida ed elegante, per i pericolosi»⁴⁵.

«Non basta ciò che si è fatto e si fa da tempo anche in molti Manicomi nostri con le colonie agricole e con il laboratori industriali. In questo modo i malati continuano a rimanere isolati dal mondo esterno. Il malato non deve essere isolato; deve sulla parola poter andare e venire a piacimento nell'Istituto, e deve riprendere, almeno in parte, la vita di prima e darsi nuovamente alle sue occupazioni ordinarie»⁴⁶.

L'unico tentativo concreto di realizzare un complesso basato sul sistema dell'*open door* è il Frenocomio S. Giovanni di Trieste, città all'epoca sotto il dominio austro-ungarico e aderente quindi alla cultura mitteleuropea, i cui tratti erano estre-

Sotto: E. Lorenzutti, progetto per il Frenocomio di Trieste, planimetria generale (1897).

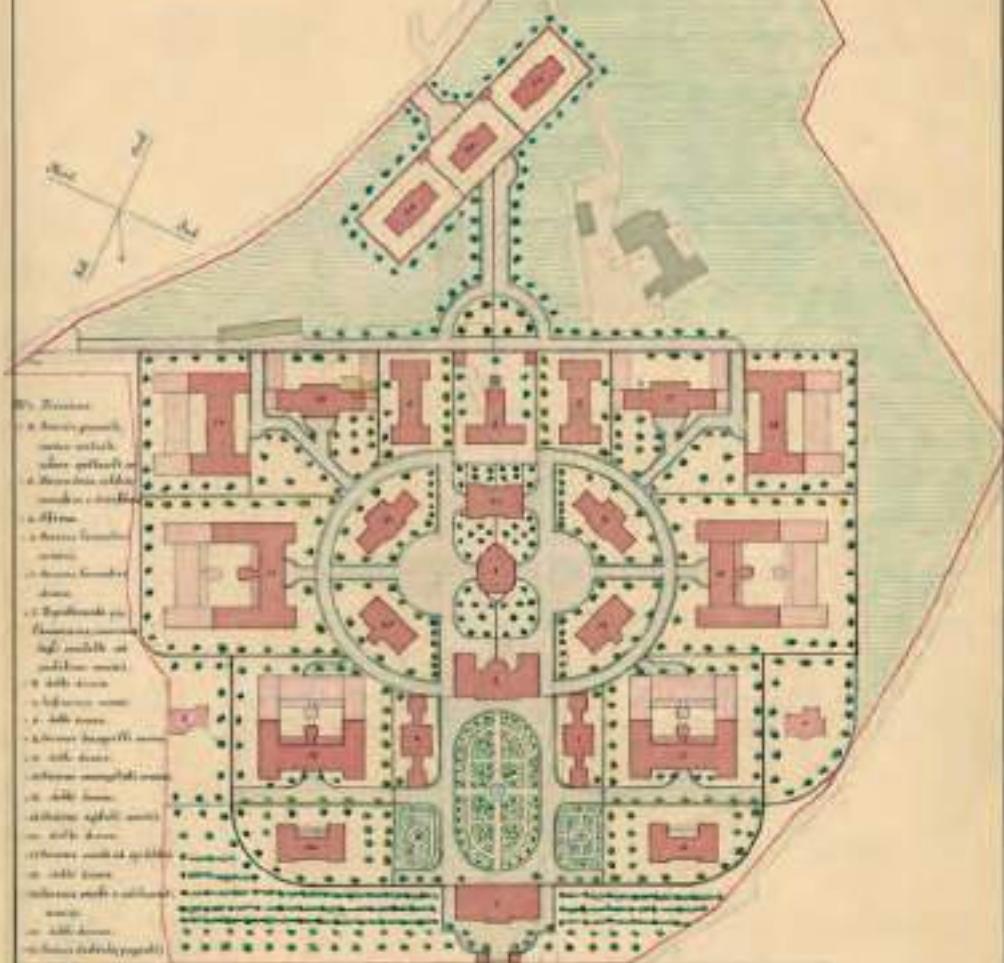
Nella pagina a fianco: N. Tommasi, Progetto per il Frenocomio di Trieste, planimetria generale (1893).



PROGETTO

PER IL MANICOMIO INTERPROVINCIALE IN TRE STE

Scala di situazione.



1. Direzione

- 1. a. Direzione generale
- 2. a. Direzione generale
- 3. a. Direzione generale
- 4. a. Direzione generale
- 5. a. Direzione generale
- 6. a. Direzione generale
- 7. a. Direzione generale
- 8. a. Direzione generale
- 9. a. Direzione generale
- 10. a. Direzione generale
- 11. a. Direzione generale
- 12. a. Direzione generale
- 13. a. Direzione generale
- 14. a. Direzione generale
- 15. a. Direzione generale
- 16. a. Direzione generale
- 17. a. Direzione generale
- 18. a. Direzione generale
- 19. a. Direzione generale
- 20. a. Direzione generale
- 21. a. Direzione generale
- 22. a. Direzione generale
- 23. a. Direzione generale
- 24. a. Direzione generale
- 25. a. Direzione generale
- 26. a. Direzione generale
- 27. a. Direzione generale
- 28. a. Direzione generale
- 29. a. Direzione generale
- 30. a. Direzione generale

Federico Falla





mamente diversi rispetto da quelli della cultura italiana⁴⁷. Nel 1897 l'Amministrazione Municipale aveva pubblicato un bando di concorso per la realizzazione del manicomio nel quale, facendo riferimento al programma sanitario elaborato l'anno precedente, venivano fissati alcuni criteri su cui i progetti in gara avrebbero dovuto basarsi. In prima istanza il nuovo manicomio doveva rispondere a caratteristiche moderne, seguendo il sistema a "porte aperte" utilizzato soprattutto nei manicomi tedeschi, in modo che anche gli edifici svolgessero un ruolo attivo nella cura della malattia mentale. All'architetto veniva quindi richiesto un progetto che tenesse conto del procedimento terapeutico, in cui la dimensione dello spazio costituisse un elemento di rilevante importanza ai fini della guarigione del malato. La committenza avvertiva infatti la necessità di creare intorno ai malati un'atmosfera vivibile, un'immagine di vita normale in uno spazio che richiamasse la città e i suoi edifici, allo scopo ben preciso di liberarli dalla sensazione di essere prigionieri in una struttura isolata dal mondo. Nella relazione con la quale viene proposta al Consiglio Comunale l'indizione di un concorso internazionale, il podestà Ferdinando Pitteri richiede che il nuovo ospedale rivesta «un carattere di assoluta modernità», rinunciando a «muraglie» e «disposizioni simmetriche» in modo da permettere all'alienato «la più ampia libertà compatibile con le sue condizioni». Il sistema *open door* comportava però anche aspetti negativi, non ultimo il sensibile aumento dei costi determinato dalla necessità di sorvegliare l'intero organismo e di dotare di servizi indipendenti i vari padiglioni, costi che una struttura centralizzata, sebbene maggiormente costosa in sé, ammortizzava più facilmente in fase di gestione. Tuttavia un complesso psichiatrico "a porte aperte" era in grado di compensare i maggiori costi di sorveglianza con il numero minore di ricoveri che esso comportava, in modo da risultare altrettanto conveniente. Il podestà tiene però a precisare che la libertà concessa ai malati di mente non sarebbe stata totale, ma che avrebbe tenuto conto «delle (...) peculiari condizioni di ubicazione, e della qualità [degli] (...) alienati». Si richiedeva dunque di creare un organismo di tipo misto, nel quale i servizi generali fossero ac-

centrati e totalmente autonomi i padiglioni, separati non più mediante «muraglie», ma con siepi e steccati disposti lungo i viali di collegamento. Tra gli obblighi progettuali vi è anche quello della adattabilità della struttura a futuri ampliamenti, in quanto i "tranquilli" avrebbero potuto dedicarsi ad attività manuali, ritenute estremamente efficaci sotto il profilo terapeutico; per tale motivo bisogna prevedere nel complesso una colonia agricola. Il bando richiede inoltre una zona servizi che comprendesse cucina, lavanderia a vapore, padiglioni per la disinfezione e per gli uffici amministrativi. I padiglioni clinici sarebbero stati raggruppati in reparti per uomini e donne e per pazienti in "osservazione", "semi-agitati", "agitati", "sucidi e paralitici". Per completare l'organismo occorre infine progettare ville per i "paganti", padiglioni per i "tranquilli" e per i "contagiosi", laboratori, chiesa e sala necroscopica⁴⁸. Al termine dell'esame delle 12 proposte presentate, la giuria presieduta da Moisé Luzzatto non assegna il primo premio bensì ben tre secondi premi ai progetti degli architetti Morin Goustiaux e Paul Le Cardonel di Parigi, apprezzato per «il carattere di leggiadria agreste» espresso dalla colonia agricola, dell'ingegner Peveling di Eberswalde, lodato per il richiamo al «Rinascimento tedesco», e del gruppo formato dall'architetto Lodovico Braidotti di Trieste e dagli ingegneri Vincenzo Canetti di Vercelli e Luigi Mazorana di Trieste, la cui «architettura bella (...) si adatta abbastanza bene al sito»⁴⁹. Come si può notare, tutte le proposte risultano accomunate dall'inevitabile eclettismo a causa dell'esplicita richiesta avanzata dalla committenza di diversificare tra loro gli edifici. Il 3 novembre 1897 l'incarico esecutivo viene invece affidato al direttore dell'Ufficio Tecnico Comunale Ettore Lorenzutti, segretario della Commissione di concorso, il cui progetto giunge in Consiglio nel maggio 1899. La soluzione proposta è però fortemente criticata dall'ingegner Eugenio Gairinger, Presidente della Commissione alle Pubbliche Costruzioni, che ritiene inadatto il ridondante tono eclettico che Lorenzutti adotta per le singole destinazioni d'uso degli edifici, ritenendo invece che per un manicomio in mezzo al verde fossero più adatte delle costruzioni rustiche, in ossequio ai principi dell'Eclettismo che ab-

Nella pagina a fianco: E. Lorenzutti, Progetto per il Frenocomio di Trieste (1897).

In alto a sinistra: Ville paganti di II classe.

In alto a destra: sezioni longitudinali.

In basso: Ville paganti di I classe.

A lato: Trieste, Frenocomio Provinciale, foto aerea dello stato attuale.

A destra: Vienna, Ospedale Psichiatrico *Am Steinhof*, foto aerea dello stato attuale.

In basso: Trieste, Frenocomio Provinciale, Ville paganti di I classe, foto di M. Strolb (1910).



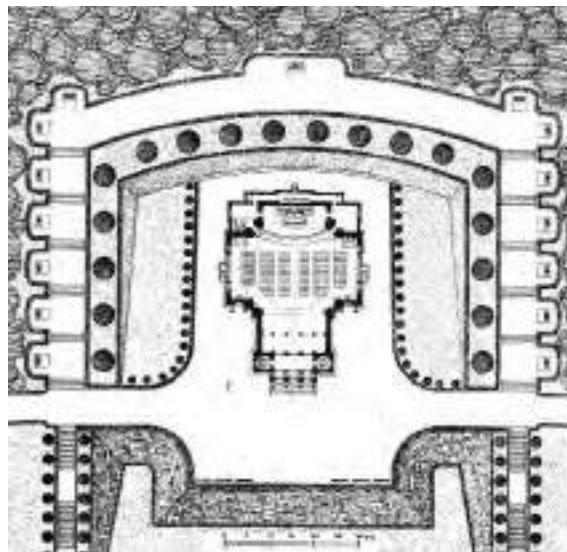
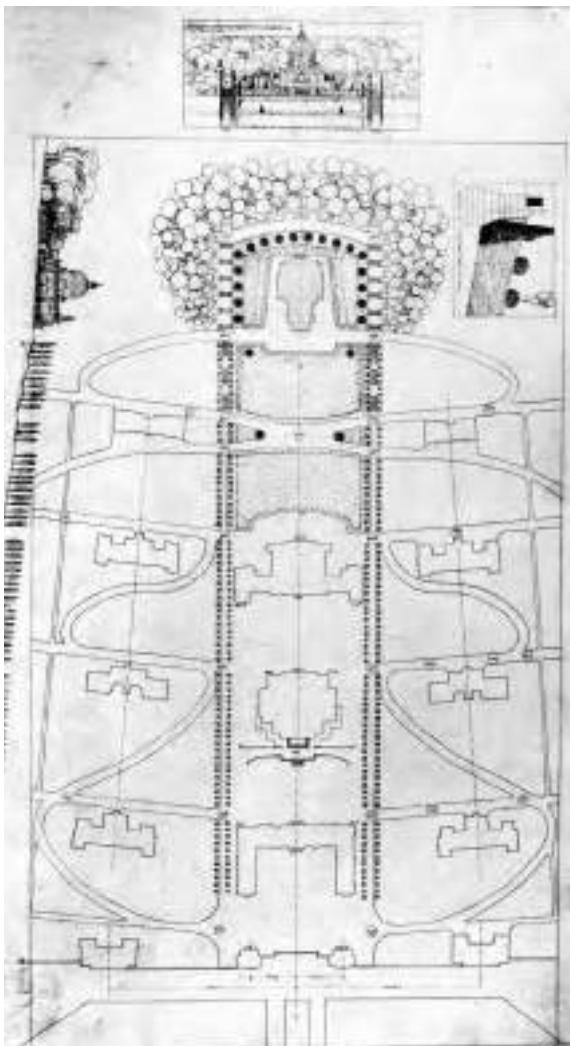
binavano ad ogni tipologia lo stile confacente⁵⁰. Nonostante ciò il progetto Lorenzutti viene approvato ma i lavori, iniziati nell'ottobre seguente, sono subito interrotti quando il Governo rende noto che il sito è interessato dal passaggio della nuova linea ferroviaria Trieste-Gorizia. La sospensione diviene poi



definitiva il mese seguente quando le indicazioni sul tracciato vengono definitivamente confermate. Un anno dopo il Consiglio Comunale valuta le diverse offerte per l'acquisto dei nuovi fondi per la realizzazione del manicomio, vagliate da una Commissione presieduta dallo stesso Gairinger. Il 20 gennaio seguente il progetto Lorenzutti viene sottoposto ad una revisione globale; occorre infatti cambiare il sito d'impianto, e ridurre volumetria e costo, eccessivamente gravoso per il bilancio cittadino; nel contempo l'ingegnere Lorenzutti viene rimosso dall'incarico. Il nuovo progettista "esterno", scelto dalla commissione presieduta da Gairinger, viene individuato nella persona di Lodovico Braidotti, il cui *curriculum* è giudicato quello più rispondente alle caratteristiche dell'opera⁵¹. In realtà la progettazione è il risultato di un'elaborazione collettiva nella quale Braidotti si avvale dell'esperienza di personaggi quali l'architetto Ruggero Berlam e l'ingegner Gairinger, che riesce finalmente a concretizzare le sue proposte. Il progetto,

rapidamente elaborato ed approvato dal Consiglio Comunale il 22 maggio seguente, prevede una struttura di 480 posti letto con possibilità di incremento sino ad 800, adeguata agli ultimi indirizzi della tecnica manicomiale, impostata su di uno sviluppo simmetrico e dotata di un linguaggio «volgente a

un eclettismo che molto si adatta alle speciali condizioni locali». Il nuovo organismo, in cui la colonia agricola viene sostituita da un villaggio del lavoro, è composto da «quartieri bene distinti e disposti a seconda delle esigenze nel trattamento speciale ad ogni riparto», distribuiti "sul dorso di un



A sinistra: O. Wagner, Manicomio *Am Steinhof* a Vienna, planimetria generale (1902-1907).

A lato: O. Wagner, Manicomio *Am Steinhof* a Vienna, pianta della Chiesa di S. Leopoldo (1902-1907).

contrafforte del monte Calvo" con l'asse perpendicolare alla maggior pendenza. Un percorso viario principale attraversa tutto il complesso, suddividendolo in due aree pressoché uguali, la prima destinata alle donne a l'altra agli uomini, mentre i servizi generali sono collocati a metà circa della pendenza. Dalla quota più bassa di via San Cilino sino a quella più alta della nuova strada per Opicina (ora via Valerio), Braiddotti dispone le "ville per paganti di prima e seconda classe" con la sala per concerti, l'edificio per la Direzione e l'Amministrazione, i padiglioni per l'osservazione, il quartiere per gli "agitati", i padiglioni per "sucidi e paralitici", i servizi collettivi (cucina, lavanderia, disinfezione, sala macchine e caldaie, carbonaia), il quartiere per i "tranquilli", il villaggio del lavoro (composto da chiesa, casette rustiche, serra, laboratori), l'ospes-



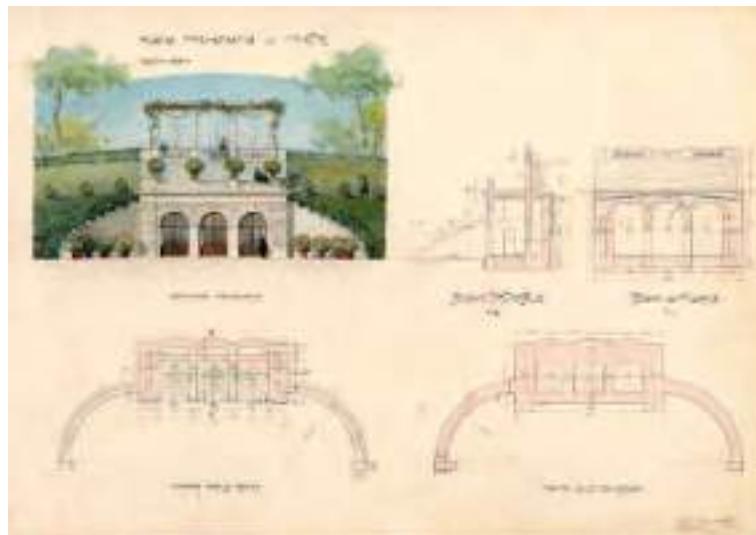
daletto per le malattie contagiose e necroscopia. L'adozione del sistema delle "porte aperte" impone alla progettazione una dimensione a scala urbana e paesistica attribuendo un ruolo di assoluto rilievo alla viabilità ed al verde. In questo senso l'esperienza del manicomio viennese *Am Steinhof*, anch'esso realizzato su di un'area in pendenza, risulta un riferimento obbligato grazie al disegno complessivo che conferma l'interesse di Otto Wagner per i legami tra architettura e urbanistica⁵². Tale precipuo interesse, condiviso dagli allievi della *Wagnerschule* e da esponenti della Secessione come Olbrich ed Hoffmann, è avvertito da Braidotti quale presupposto irrinunciabile per raggiungere il fine ultimo della Modernità. Sin dall'inizio, il progetto per il frenocomio di S. Giovanni mostra un carattere fortemente innovativo negli aspetti sanitari ed in quelli architettonici, rivolto verso l'obiettivo di progresso comune a tante altre iniziative della vita economica e sociale di Trieste. Come dichiara il profetico Achille Costantini, la scelta di impostare il programma del nuovo manicomio sui criteri della "terapeutica liberale" nata in Scozia possiede in sé un significato politico, poiché gli incunaboli del progresso scientifico sono le «idee anche di esagerato socialismo moderno» che all'epoca predominano «in molte pubbliche amministrazioni». Non a caso i manicomi più innovativi, come quelli di Mauer-Öhling e dello Steinhof vengono realizzati quando i *Länder* sono retti da giunte di ispirazione cristiano-sociale⁵³. Nell'agosto 1902, giunto alla fase cruciale della progettazione, assieme a Canestrini, Costantini ed al loro collega Seunig, Braidotti parte per visitare i manicomi di Mauer-Öhling" in Austria, Gugging e Dobran in Boemia, Alt-Scherbitz, Dresda, Neuruppin, Lüneburg in Germania, Basilea e Burghölzli in Svizzera e infine di Bergamo e Brescia. Nel gennaio seguente Canestrini riferisce ai colleghi i dati scientifici raccolti nel corso del viaggio, sostenendo con egual decisione le ragioni del sistema *open door*, su cui si fondava la quasi totalità dei manicomi visitati. Sotto il profilo architettonico lo stesso Canestrini fa rilevare come a Mauer-Öhling i padiglioni presentassero la varietà richiesta nella progettazione del manicomio triestino, in quanto gli stessi erano stati realizzati "in perfetto stile Se-

cession”, così come “il mobilio”. Nell’agosto seguente Albrecht Paetz, direttore del manicomio di Alt-Scherbitz, giunge a Trieste per restituire la visita del luglio 1902. Nel suo ospedale Paetz aveva applicato le teorie dell’*open door* che, secondo Fernando Pitteri, danno forma a frenocomi «aventi carattere di villaggi aperti, formati da parecchie ville e case rustiche, situate a relativa distanza tra loro e disposte in maniera tale da escludere qualsiasi concentrazione di alienati in un medesimo punto. In questi padiglioni leggeri, isolati, senza simmetria e formanti quasi un aggruppamento di abitazioni particolari, è proscriotta qualsiasi idea di sequestro»⁵⁴. L’arrivo a Trieste del celebre psichiatra nel momento in cui l’elaborazione del progetto ha raggiunto la fase di travaglio lascia quindi ipotizzare come questi avrebbe potuto esprimere al riguardo le proprie osservazioni, in analogia a quanto accaduto a Gorizia, ove il progetto di massima del nuovo manicomio era stato certamente sottoposto alla sua revisione. In realtà tra i manicomi dello Steinhof e di Trieste, costruiti nello stesso periodo, vengono instaurati rapporti solo tra i medici curanti, le cui indicazioni in merito alle scelte tipologiche e spaziali risultano peraltro vincolanti. Tuttavia mentre a Vienna la chiesa prevale su tutti gli altri edifici, il complesso di S. Giovanni è una composizione corale in cui episodi differenziati si integrano tra loro e con l’architettura della città, attenuando in tal modo l’accezione medico-sanitaria. Al termine dell’*iter* compositivo, il progetto del manicomio triestino è impostato su di un sistema misto capace di conciliare la libertà terapeutica con le esigenze di sicurezza, separando i diversi settori ed integrandoli nell’ambiente naturale attraverso uno studio accurato del verde. In ossequio alle necessità del sistema misto Braidotti contrappone agli edifici disposti secondo il modello decentrato (a valle le due ville paganti e l’edificio per l’Amministrazione ed a monte il villaggio del lavoro) la zona mediana in cui i padiglioni di cura sono strutturati simmetricamente, chiedendo alla rigorosa geometria d’impianto di ordinare le distorsioni della mente. Il decentramento è adottato in tutte le aree funzionali tranne che in quella dei padiglioni per i malati soggetti a cure mediche, ove però, allo scopo di evitare la monotonia del sistema ac-

centrato, ad ogni padiglione viene attribuita diversa forma. Sotto il profilo stilistico ciascun edificio mostra il linguaggio della tipologia ritenuta confacente; in tal senso le “ville paganti” si ispirano alla residenza unifamiliare dei quartieri borghesi di XIX e XX secolo, ma anche alla villa Renner di Trieste che nel 1880 Giovanni Andrea Berlam aveva arricchito di un lessico neo-rinascimentale. La sobria essenzialità espressa dal bugnato rustico nella zona basamentale e nei cantonali, dalle colonne tuscaniche che reggono pergolati in legno alle nette volumetrie dei fabbricati, testimonia la conoscenza delle ri-

L. Braidotti, Progetto per il Frenocomio di Trieste, (1903), in basso: portineria su via S. Clino.

Nella pagina a fianco: padiglione dell’Osservazione e padiglione dei Sudici.



cerche *Wagnerschule* sul tema delle case all’italiana, diretta conseguenza dell’interesse per l’architettura spontanea mediterranea che aveva interessato la cultura germanica da Karl Friedrich Schinkel sino a Josef Hoffmann. Le allusioni neo-rinascimentali risultano ancor più evidenti nell’edificio dell’Amministrazione, per il quale Braidotti richiede maioliche in stile «Andrea Della Robbia». La preferenza riservata al Rinascimento toscano ed in particolare a Brunelleschi nasconde forse una motivazione di sentimenti filo-italiani, sebbene un analogo tributo fosse stato già offerto da Leo von Klenze nel progetto

per il *Königsbau* di Monaco, copia rivisitata del fiorentino Palazzo Pitti. A Trieste grande importanza rivestì l'opera dell'architetto Ruggero Berlam, maggior esponente del *revival* fiorentino esemplificato dalla neo-rinascimentale casa Berlam in via Giulia (1898) nonché autorevole componente della Commissione di sorveglianza per la realizzazione del S. Giovanni⁵⁵. Negli otto padiglioni disposti sui lati del viale, pur non rinunciando a citazioni storicistiche, Braidotti conferisce maggior rilievo alla composizione dei volumi, coperti da tetti piani che si trasformano in pensiline superando il filo dei prospetti. Per motivi di sicurezza tutti gli edifici meno il padiglione di osservazione sono ad un solo livello, ma la perdita in altezza viene compensata dall'estensione orizzontale, così come la dislocazione asintattica dei corpi di fabbrica soddisfa l'esigenza di varietà. Tra i padiglioni clinici e l'edificio dell'Amministrazione, Braidotti inserisce il Teatro Franco, la cui presenza è ritenuta necessaria dal dottor Canestrini quanto quella della chiesa, poiché se questa conserva i sentimenti religiosi che i malati nutrivano quando erano sani, il teatro serve a distrarne lo spirito dalla coscienza della propria sventura e da quella dei loro simili, di cui sono testimoni⁵⁶. Va inoltre sottolineato come il teatro stesso offra le presenze più complesse sia sotto il profilo strutturale (la volta di copertura della sala in c.a.) che artistico (il ciclo pittorico delle Muse eseguito da Napoleone Cozzi). Infine il villaggio del lavoro rimarca il proprio carattere rustico per mezzo dei balconi di legno e dei tetti spioventi che contribuiscono a creare un'ambientazione alpina, in ciò coadiuvati dalla chiesa del Buon Pastore, arricchita dagli affreschi di Eugenio Scamporrini, compagno di studi di Braidotti presso la *Staatsgewerbeschule*. I due padiglioni "contagiosi" e la "necropsia", ultimi edifici del complesso, appaiono invece schematici nella loro rigida stereometria ribadita dalla rinuncia al tetto a falde. I lavori vengono riconsegnati il 17 maggio 1907 dalla ditta Comel, Finetti e Venezian, anche se dopo pochi anni verranno costruiti l'ospedale dei cronici ed il padiglione Ralli, che costituiscono parte integrante del complesso. Appena dopo l'inaugurazione, però, il valore utopico del sistema "a porte aperte" darà prova di tutti i propri limiti e

delle proprie carenze funzionali, prima fra tutte la convinzione dell'inutilità dei muri divisorii tra i padiglioni, che verranno presto elevati a causa delle cospicue fughe dai padiglioni clinici. Inoltre, su richiesta del direttore Canestrini, verranno innalzati "reticolati di filo di ferro a maglie fitte", autorizzati dalla Commissione di sorveglianza, che non a caso usa il verbo "arrendersi". Era ben chiara infatti ai componenti la grave sconfitta subita dal *no restraint*, in quanto erigere di nuovo una barriera fisica tra i "matti" ed il mondo dei "sani" rinnegava il principio di libertà che era un caposaldo del progetto stesso del nuovo manicomio, e che da lì in avanti subirà limitazioni sempre maggiori.

Il dibattito suscitato dalle nuove teorie in materia di custodia dei malati di mente aveva nel frattempo prodotto risultati anche sul piano legislativo quali la "Legge sui manicomi e gli alienati" n. 36 del 14 febbraio 1904 e il Regio Decreto n. 615 del 16 agosto del 1909, che ne costituisce il "regolamento per l'esecuzione". La legge del 1904, ispirata dai criteri positivisticisti secondo i quali la malattia mentale era causata da insanabili alterazioni del cervello, fonda la propria base esclusivamente sul criterio di pericolosità del malato per sé e per il prossimo. Peraltro il suscitato criterio viene esposto in forma generica, in quanto la pericolosità verso se stessi non distingueva tra persona fisica, persona sociale o patrimonio; allo stesso modo la pericolosità verso gli altri non precisa se si tratti di danno procurato a persone fisiche o cose. Oltre a ciò il criterio di "pubblico scandalo" introduce nella normativa un criterio egualmente generico vincolato in maniera assoluta al contesto storico e socio-culturale⁵⁷. L'art. 1 specifica subito che «le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale» devono essere «custodite e curate nei manicomi, (...) quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi»⁵⁸. Altrettanto importante l'art. 3 che prevede il ricovero in via provvisoria autorizzato dal pretore a seguito della presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, o, in caso

di urgenza, dall'autorità locale di pubblica sicurezza. La legge impone inoltre che ogni manicomio abbia un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria; dopo un periodo di osservazione che non può eccedere la durata di un mese, il ricovero può essere trasformato in definitivo da parte del Tribunale a seguito di istanza presentata dal Pubblico Ministero in base ad una relazione stilata del direttore del manicomio. La legge 36 viene accolta in modo diverso dai giuristi e dagli psichiatri: mentre i primi la considerano un emblema tutelare della società e della stessa personalità giuridica degli alienati, i secondi la criticano sin dall'inizio ritenendo che venisse eccessivamente enfatizzato l'aspetto della "pericolosità" della malattia. In secondo luogo gli psichiatri disapprovano il ruolo secondario attribuito al direttore alienista in merito alle dimissioni dal manicomio, la cui responsabilità viene riservata al pretore o all'autorità di pubblica sicurezza. In sostanza, con la legge del 1904 l'istituzione manicomiale nel suo perfezionamento finisce per isolare con sempre maggior tenacia sia i pazienti che se stessa, divenendo un'"istituzione totale" cui è demandata dalla società la funzione di contenitore della follia.

Nello stesso anno il XII Congresso della Società freniatrica italiana, svoltosi a Genova dal 18 al 22 ottobre, concludendo i propri lavori con una «faticosa mediazione tra l'aridità delle posizioni conservatrici e il velleitarismo di quelle progressiste», relega definitivamente il *no restraint* e l'*open door* nel limbo delle buone intenzioni⁵⁹. Infatti, mentre le proposte di Ernesto Belmondo sull'abbandono della contenenza non vengono messe in atto, nella prima metà del Novecento vengono introdotti nuovi metodi di cura delle malattie mentali più «penetranti e specifici di quelli adottati in precedenza», basati essenzialmente su prescrizioni dietetiche, salassi, idroterapia e sulla somministrazione di sedativi a base di sostanze vegetali⁶⁰.

Dopo il 1910 cominciano invece ad essere utilizzate terapie che in alcuni casi sono agli antipodi di quelle seguite fino ad allora, quali i cosiddetti "metodi chimici di shock". Adottando il principio della natura organica della malattia mentale, dal

1917 si diffondono la malarioterapia, la lobotomia frontale, lo *shock* insulinico e quello cardiazolico nonché l'*elettroshock*, il più seguito per la sua facilità di utilizzazione. Tali mezzi terapeutici, nonostante la loro discutibile efficacia, contribuirono ad accrescere l'ospedalizzazione psichiatrica⁶¹.

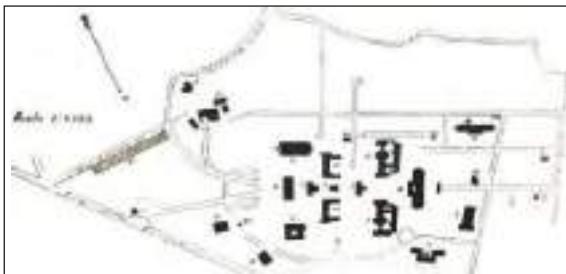
Tuttavia, nello stesso periodo in cui si affermava l'indirizzo biologico, iniziarono a diffondersi le teorie psicanalitiche ed i relativi metodi psicoterapeutici. Si deve a Sigmund Freud (1856-1939), fondatore della psicanalisi, il primo tentativo di affrontare in altro modo il disturbo mentale, prestando attenzione ed ascolto al reale funzionamento della mente. Tuttavia, tranne che nell'opera di Marco Levi-Bianchini, tali nuovi orientamenti non trovarono l'atteso riscontro nell'ambiente della psichiatria accademica italiana, tanto che nella prima metà del Novecento non si verificano sostanziali cambiamenti nel trattamento del malato di mente e nell'affidamento di questi alla custodia e alle "cure" del manicomio.

Sotto il profilo tipologico, le nuove realizzazioni manicomiali di inizio secolo confermano la preferenza al sistema "a padiglioni isolati" in interventi per lo più extra-urbani come nel caso del manicomio "Villa Clara" di Cagliari, costruito dall'Amministrazione Provinciale tra il 1905 ed il 1907 nella tenuta agricola affittata assieme ad un edificio ed alcuni fabbricati nella vicina località "*Is Stelladas*"⁶². I malati di mente di tutta l'isola erano stati ricoverati nei sotterranei dell'ospedale civico intitolato a S. Antonio Abate fino al 1859, anno in cui nel nuovo ospedale "S. Giovanni di Dio" venne aperta una clinica psichiatrica. Il manicomio come struttura autonoma nacque però soltanto nel 1892, quando l'amministrazione del S. Giovanni prese in fitto gli immobili suddetti per ospitarvi i malati di mente "tranquilli". Come già accennato, su quella stessa area agli inizi del Novecento viene costruito il nuovo Ospedale psichiatrico che acquisisce il nome della villa preesistente, utilizzata quale residenza del direttore. Negli edifici rustici sono invece sistemati magazzini, stalle ed alloggi della "colonia agricola", il cui duplice scopo era di consentire ai degenti validi la terapia del lavoro e di sostenere economicamente l'intera struttura.

Nella pagina successiva, in alto: Arezzo, Manicomio Provinciale, planimetria generale.

Nella pagina successiva, in basso: a sinistra, Como, Manicomio Provinciale, prospettiva a volo d'uccello; a destra, Roma, Manicomio Provinciale S. Maria della Pietà al Trionfale, planimetria generale.

Nella pagina a fianco: Roma, Manicomio Provinciale S. Maria della Pietà al Trionfale, edificio dell'Amministrazione. In alto: prospetti di progetto. In basso: foto dello stato attuale.



In Toscana dallo scorcio del XVIII secolo fino alla seconda metà di quello successivo era stato l'ospedale Bonifazio di Firenze ad assistere gran parte degli alienati del Granducato. Negli anni seguenti l'Unità, la struttura non è però più in grado di soddisfare la richiesta crescente di ricoveri da parte delle varie Province, tanto che molti dei "mentecatti" vengono sistemati nel già citato ospedale senese di S. Niccolò. Nel 1890, sulla spinta della legge 2248/65, il Consiglio Provinciale di Arezzo si dispone a costruire un manicomio nel capoluogo,

a causa del sovraffollamento sofferto a sua volta dall'istituto senese⁶³. Negli anni successivi viene quindi prescelta la collina del Pionta quale sito d'impianto del frenocomio, i cui lavori iniziano nel 1902 su progetto redatto da Giuseppe Paoli, ingegnere capo dell'Ufficio Tecnico Provinciale, con la collaborazione del professor Arnaldo Pieraccini, il primo direttore della neonata struttura. Il complesso del Pionta è impostato sullo schema del "villaggio manicomiale", in cui, oltre ai locali per la degenza dei malati, risulta prevista una sala operatoria ed una palestra di riabilitazione, ma anche numerosi servizi tra cui una biblioteca, un gabinetto didattico, un teatro, una panetteria, una macelleria e una lavanderia; l'oratorio di Santo Stefano, sito nei pressi delle rovine della cittadella vescovile, diviene la cappella dell'ospedale. A merito dell'istituto aretino va poi ricordato come il "Regolamento organico speciale", previsto dalla succitata legge 2248, fu il primo ad essere approvato in Italia dal Consiglio superiore di sanità; il medesimo istituto, ove nel 1905 viene istituita una scuola per allievi in-



fermieri e allievi vigilanti, promuove poi la “custodia domestica sussidiata” per gli alienati “tranquilli”⁶⁴. Per le innovazioni e le qualità della struttura, nel 1911 un diploma d’onore a Roma è conferito al manicomio aretino, ove era stato abolito qualsiasi strumento repressivo nella cura nei malati di mente, mentre al contrario la società del tempo demonizza la figura del “pazzo”⁶⁵. Restando in territorio toscano, nel 1888 a Volterra viene istituita una sezione per “dementi” nel ricovero di mendicizia sito nell’ex convento di S. Girolamo, istituendo così la prima struttura cittadina specificamente rivolta all’assistenza ai malati di mente⁶⁶. Sebbene i primi interventi di ampliamento fossero già stati avviati tra il 1896 e il 1897 con i nuovi padiglioni realizzati su progetto dall’ingegnere Filippo Allegri, è dal 1900, grazie al nuovo direttore Luigi Scabia, che il manicomio mostra un crescente sviluppo, incrementato dalla trasformazione in “villaggio manicomiale”. Dopo il R.D. 5 giugno 1902, che sancisce la nascita del “Frenocomio S. Girolamo”, l’organismo si accresce con la realizzazione di officine, di



servizi e di un’azienda agraria, tanto da divenire uno dei maggiori manicomi della giovane Italia, specie dopo la creazione di una sezione giudiziaria. Nel 1906 in Lombardia tale tipologia è alla base dell’amplia-



Nella pagina a fianco, in alto: Cogoleto, Ospedale Psichiatrico Provinciale di Genova, edificio dell'Amministrazione, foto dello stato attuale.

Nella pagina a fianco, in basso: Cogoleto, Ospedale Psichiatrico Provinciale di Genova, cappella, foto dello stato attuale.

mento del manicomio di Como in cui l'originale organismo, realizzato nel 1882 con 9 padiglioni collegati da porticati, viene alterato isolando i volumi esistenti con l'abbattimento dei suddetti porticati e realizzando 8 nuovi padiglioni; lo schema iniziale "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" viene dunque abbandonato a favore di quello "a villaggio". Nello stesso ambito territoriale il tipo "a padiglioni distanziati" è adottato nel manicomio di Sondrio, costruito dal 1907 ed operativo nel 1909, e nel Manicomio Provinciale di Mantova, progettato dall'ing. Antonio Rotter nel 1914⁶⁷.

A Roma tra il 1908 ed il 1914 in località S. Onofrio in Campagna al Trionfale viene eretto il Manicomio Provinciale, sede periferica del S. Maria della Pietà⁶⁸. La nuova struttura comprende 41 padiglioni che impegnano una superficie territoriale di circa 150 ettari. Oltre agli edifici di carattere sanitario ed amministrativo essa comprende laboratori artigianali ed un'azienda agricola di notevole estensione per il sostentamento dell'intera struttura che, concepita per 1.000 infermi, finisce per ospitarne oltre 3.000.

Sempre all'inizio del secolo nella frazione Pratozanino, sita sulle alture di Cogoleto, sorge il Manicomio Provinciale di Genova, edificato per alleviare la condizione di sovraffollamento in cui versavano il manicomio genovese di via Galata e quello più recente di Quarto⁶⁹. In realtà, a causa dell'espandersi della città, il manicomio cittadino era venuto a trovarsi in un'area dall'elevato valore immobiliare; pertanto i due enti pubblici interessati, Provincia ed Ospedale, decidono di utilizzare tale potenzialità economica vendendo l'edificio di via Quarta e finanziando con il ricavato la costruzione di una vasta e moderna struttura. Ancora una volta saranno i folli a pagare il prezzo maggiore, di nuovo respinti ai margini dell'organismo abitato e verso una condizione che si rivelerà ancora una volta disumana. Per quanto riguarda le vicende costruttive, l'incarico per la progettazione di una struttura in grado di ospitare 2.400 alienati viene affidata all'Ufficio tecnico della Provincia, composto dall'ingegnere capo Alberico Cattaneo, dal suo vice Ennio Caravaggio e dal geometra Giuliano Silvera i quali, «attenendosi alle moderne esigenze della tecnica manicomiale»,

adottano il tipo di «manicomio a villaggio»⁷⁰. Una volta terminata la fase di studio, viene nominata una commissione di «competentissimi tecnici specialisti» nelle persone dei medici Edoardo Gonzales (direttore del manicomio di Milano), Ruggero Tambroni, Enrico Morselli (direttore della clinica per malattie nervose di Genova), Pietro Canalis (medico provinciale di Genova) e dell'architetto milanese Giovanni Giachi, con il compito di esaminare il progetto e la località d'impianto per suggerire ogni eventuale modifica e variante. Al termine del proprio lavoro, pur lodando il progetto redatto dall'Ufficio Tecnico Provinciale, l'«onorevole commissione (...) consigliava una serie di varianti sia nella costruzione dei padiglioni sia in quella dei fabbricati per servizi generali, varianti e miglioramenti dei quali venne tenuto conto nella compilazione del progetto definitivo». In particolare viene suggerito di dividere il complesso «in due manicomi distinti, uno maschile ed uno femminile affidati a due direzioni distinte mantenendo soltanto in comune, per economia, i fabbricati per servizi generali». Il Consigliere Provinciale Broccardi, relatore della proposta di approvazione del progetto nella seduta straordinaria del 25 novembre 1908, descrive così la consistenza architettonica dell'Ospedale S. Martino:

«Il nuovo manicomio (...) si estende sopra una superficie complessiva di 934.000 metri quadrati dei quali 395.000 mq. sono destinati al Manicomio propriamente detto mentre i restanti, che costituiscono una zona di isolamento del Manicomio (...), potranno in avvenire essere utilizzati per l'istituzione di una colonia agricola manicomiale che ci consentirà un largo esperimento di quella cura omo-etero familiare che è l'ideale della moderna psichiatria, beneficio di quei poveri dementi per i quali la permanenza nel Manicomio è eccessiva, il ritorno alle loro case dannoso. (...) Il Manicomio progettato sarà del tipo detto a villaggio con padiglioni razionalmente distribuiti non soltanto nei riguardi della comodità e regolarità dell'esercizio, ma anche in quelli della convenienza di togliere al Manicomio stesso, per quanto è possibile, il triste aspetto di un luogo di dolore quale esso

è purtroppo. I padiglioni furono inoltre ubicati in modo da non riuscire reciprocamente di ingombro per l'aereazione, la luce, la vista. Il principio del "no restraint" è stato rispettato nello studio di cui è parola; comode strade circonda- ranno i giardini dei diversi padiglioni; siepi e piante ma- schereranno le chiusure a rete od a mura dove queste sa- ranno indispensabili; infine la chiusura dello stabilimento sarà costituita semplicemente da una cinta a rete metallica sostenuta da ritti in ferro. I padiglioni poi, sebbene le esi- genze dell'uso al quale sono destinati abbiano uniformità di disposizione interna per ciascuna loro categoria, saranno esternamente dipinti e resi così meno sgradevoli alla vista; anche l'adozione dell'Eternit a due tinte per i tetti contribuirà a rendere meno monotono e triste il complesso dei fabbri- cati. In media ci saranno 53 ricoverati per ogni padiglione, in ognuno dei quali vi sono dormitori per gli infermieri in conformità di quanto ebbe a suggerire anche la commissione ricordata nella presente relazione. Per la direzione e l'am- ministrazione si è progettato apposito edificio da erigersi sulla linea di divisione dei sessi, nel quale oltre agli uffici di direzione e di amministrazione si avranno locali per la farmacia e per abitazione dei medici di guardia. Per la cucina si hanno due edifici, uno per ciascuna delle parti in cui è diviso il Manicomio, provvisti di cantine, dispense e locali per i servizi dipendenti. Il locale per cucina è ad un piano, vastissimo, ben illuminato ed arieggiato; nelle parti laterali si ha un piano superiore per alloggio del personale e relativo refettorio. Gli edifici lavanderia, macchine e laboratorio sono amplissimi e corrispondono a tutte le esigenze del servizio. La Cappella è a una navata ed è divisa in due parti, una per sesso, più uno scomparto centrale per il personale. Il Museo anatomico ha annessa la camera mortuaria ed è di- viso nei locali occorrenti ai due servizi. Le case per abitazione del direttore e degli impiegati non hanno bisogno di de- scrizione speciale; essi come usati nei principali manicomi trovansi all'esterno. Gli edifici per portineria, oltre all'abi- tazione del portinaio con la famiglia, servono d'abitazione ad altri salariati»⁷¹.



Cogoleto, Ospedale
Psichiatrico
Provinciale di
Genova.

A destra: planimetria
generale. Gli edifici
evidenziati sono
quelli realizzati tra il
1911 e il 1927.

In basso a sinistra:
interni, foto dello
stato attuale.

In basso, a destra:
sistema per la
somministrazione dei
pasti nelle celle, foto
dello stato attuale.



Ma mentre il Consiglio approva il progetto, le opere edili sono già iniziate per concludersi nel 1910. Divenuto operativo negli anni immediatamente successivi, il nuovo ospedale di Cogoleto ospita subito più di 500 degenti nei dieci padiglioni ultimati; ben presto vengono costruiti gli altri edifici finalizzati ad assicurare totale autonomia al complesso, che avrebbe prodotto

al suo interno quanto necessario al proprio sostentamento, dalle vivande all'energia elettrica.

In conclusione va ricordato come nel periodo che va dall'Unità sino ai primi del Novecento in Italia si verificò una notevole proliferazione di organismi destinati alla cura delle malattie mentali. Tra il 1867 e il 1904 vengono infatti costruiti oltre 30 manicomi, mentre alla vigilia della Grande Guerra, oltre alle cliniche psichiatriche universitarie, nel territorio nazionale risultano attivi 59 manicomi pubblici (3 dei quali giudiziari), 30 manicomi privati, 31 istituti destinati al ricovero degli alienati e 4 istituti per disabili. Tale effervescenza realizzativa non deve però ingannare sulle condizioni igienico-sanitarie in cui vivevano i "mentecatti", che erano davvero terribili⁷². Ammassati senza particolari distinzioni nelle brande, nelle corsie o nelle celle di contenzione, essi erano facile e frequente bersaglio di malattie esiziali come il colera, il vaiolo, la tubercolosi o la polmonite. In manicomio moriva in un anno il 10% dei ricoverati, con una punta massima causata nel 1911 da una feroce epidemia di colera. Per comprendere appieno la gravità della situazione basta riflettere che l'aspettativa di vita dei degenti era di soli 47 anni; è sufficiente questo dato per comprendere come la strada che l'intero ambiente sanitario doveva compiere per assicurare degna assistenza ai propri simili affetti da disturbi mentali fosse ancora lunga e impervia.



Note

1. Nel 1728 Vittorio Amedeo II istituiva il manicomio affidandone la gestione alla Confraternita del S. Sudario e della Vergine delle Grazie. Divenuta ben presto insufficiente la prima sede, il manicomio fu ospitato presso l'Istituto per le Figlie dei Militari, gestito dalla medesima società confraternale, ove però la presenza dei malati arrecava disturbo alle giovani ospiti. Nel 1827 Giuseppe Maria Talucchi fu incaricato di progettare il Regio manicomio per 600 pazienti in via Carlo Ignazio Giulio, inaugurato nel 1834 ed ancora gestito dalla Confraternita del S. Sudario e della Vergine delle Grazie. Nel 1852 una parte dei degenti fu trasferita nella certosa di Collegno, prima delle sedi extraurbane, che nel 1866 ospitava già 900 ricoverati. Nel 1913 i lavori del "Ricovero provinciale" vennero ultimati dall'Amministrazione Provinciale in località Savonera. Sull'argomento cfr. S. BALDI [et al.], *Il Regio manicomio di Torino. Scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Torino, 2007. R. FALCONIO, V. TIRELLI, P. CERUTTI, *Il Regio Manicomio di Torino nel suo secondo centenario*, Torino, 1928.
2. L'edificio della "Senavra", il cui nome è di etimologia incerta, risale al 1548, quando Ferrante Gonzaga, governatore di Milano, la fece costruire come residenza signorile fuori Porta Tosa. Essa sarebbe stata poi residenza di nobili ed ecclesiastici, fino al 1695, quando il palazzo fu ceduto ai Gesuiti. Nel 1773 in seguito alla soppressione della Compagnia di Gesù per volere di Clemente XIV, il palazzo divenne proprietà dal governo austriaco e l'imperatrice Maria Teresa, con un decreto del 5 settembre 1780, vi fondò il "manicomio", che a partire dal 1781 ospitò gli alienati dell'Ospedale di S. Vincenzo. Nel 1793 si costruì un nuovo quartiere, eretto sul modello dell'ospedale "Bonifazio" di Firenze, con una tipologia "mista" che si sviluppa intorno alle corti. L'ampliamento fu voluto invece dall'imperatore Leopoldo II secondo il progetto compilato dall'ingegnere Luigi Castelli con la collaborazione del dottor Bartolomeo De Battisti. Sulla storia della "Senavra" cfr. G. BRICHETTO, *Storia della Senavra*, Milano, 1966. M. SALVADÉ, *Per una storia della Senavra*, in "Rivista la Ca' Granda", Anno XLIV - n. 3, Milano, 2003 p. 40.
3. Sull'ospedale di S. Maria della Pietà cfr. P. FIORDISPINI, *Rendiconto statistico-clinico del manicomio di Roma per il settennio 1874-1880*, ivi, 1884, p. 90; A. GIANNELLI, *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Roma, 1905, pp. 110 ss.; V.P. BABINI [et alii], *Tra sapere e potere: la psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, 1982, pp. 204-207; A. IARIA - C.E. SIMONETTO - C. TULELLI, *Aspetti e tendenze della cultura nel manicomio di S. Maria della Pietà di Roma, negli anni 1850-1890, come memoria della psichiatria in Roma*, in "Revue internationale d'histoire et méthodologie de la psychiatrie", 1991, n. 1-2, pp. 57-65; F. STOK, *Il secondo Ottocento nella psichiatria italiana attraverso l'ospedale di S. Maria della Pietà*, in *L'ospedale dei pazzi ...*, cit., p. 109 ss.; G. RIEFOLO - T. LOSAVIO, *Tra Ottocento e Novecento. La psichiatria italiana attraverso i documenti clinici di S. Maria della Pietà*, ivi, p. 159; L. D'ANDREA, *Le trasformazioni del manicomio di S. Maria della Pietà durante la visita apostolica di mons. Giraud (1861-1868)*, ivi, pp. 137-139; A. GADDINI - G. RIEFOLO - T. POLISENO, *Il manicomio di Roma nel sec. XIX attraverso le osservazioni dei visitatori*, ivi, pp. 117-119.
4. In C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su sragione e razionalità tra Sette e Ottocento a Roma. Il periodo francese*, in *L'Ospedale dei pazzi ...*, cit., p. 101.
5. «*Les aliénés sont à l'hospice de Longara, dépendant du grand hôpital (...). A dire vrai, le local n'offre guère des dispositions heureuses; il pêche surtout par un manque de terrain (...). Le bâtiment n'offre aucune combinaison heureuse, mais la ventilation est partout bien établie. Les dortoirs, les réfectoires sont spacieux et tenus avec soin. Les lits sont en fer, les matelas et les draps de lits fort propres (...). Les aliénés portent un uniforme de toile blanche en été; mais en hiver ils ont des vêtements de drap. Ils sont fort bien nourris (...). J'y ai trouvé le pain d'une qualité supérieure (...). Il y a des bains et des douches horizontales que le médecin actuel y a fait établir (...). C'est M. le professeur Valentini qui est chargé du service médical (...). Il emploie fréquemment chez les aliénés la digitale pourprée, mais il ne la prescrit qu'à très-petite dose, et m'a assuré en avoir eu de bons résultats (...). Si donc cet établissement ne nous a rien fait voir de brillant (...) il nous a fait cependant constater de louables efforts (...) surtout du fonctionnaire qui est chargé du service médical. A l'égard de ce dernier, je dois dire que j'ai trouvé son autorité trop restreinte. Le chef suprême de la maison, c'est le prélat Cioalia (...). Lui seul donne la permission de visiter l'hospice des aliénés (...). Une telle sujétion de l'autorité médicale à l'autorité administrative, dans ce qui a trait aux malades, est contraire à toute bonne organisation d'un tel établissement. Il y avait pendant mon séjour à Rome (...) jusqu'à 340 aliénés dans cet établissement (...). On y emploie la camisole de dépression; toutefois on fait un*

- usage plus fréquent d'une ceinture de fer, sur laquelle glissent des anneaux du même métal, attachés à des courroies fixées au-dessus des mains (...). On m'a montré dans cet établissement une pince dilatante, dont on se sert pour ouvrir la bouche des malades qui refusent de manger (...). Ceux qui savent quelle peine il faut souvent pour ouvrir la bouche des malades qui refusent de manger et à quels accidents exposent les efforts employés pour vaincre leur résistance, apprécieront les avantages d'un tel instrument» (J. GUISLAIN, *Lettres Médicales sur l'Italie avec Quelques Renseignements sur la Suisse: Résumé d'un Voyage fait en 1838, Adressé à la Société de Médecine de Gand, Ghent, 1840*, pp. 199-203).
6. La scelta di Giovanni Gualandi era probabilmente legata alla notorietà nel campo psichiatrico acquisita dal padre Domenico, primario della "Sezione dementi" dell'ospedale bolognese di S. Orsola. Egli stesso, autore di una Proposta di riforma a favore dei pazzi (*Rendiconto dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna*, a.a. 1846-47, ivi, 1847, sessione 20 maggio 1847, pp. 213-215, a.a. 1848-49, sessione 8 marzo 1849, pp. 45-47), ed aveva contribuito con il padre alla progettazione di un manicomio pubblico.
7. «Chiamo infermi sudici quelli che per qualsivoglia motivo, od in qualsivoglia modo tendono a distruggere la proprietà, e la nettezza o nel proprio individuo, o nella camera che abitano, o sugli altri. Costoro debbono essere separati affatto non solo dagli altri, ma eziandio dal centro dello spedale, perché coll'aspetto loro non crescano quel non so che di ributtante, che tale specie di Stabilimento necessariamente ha seco» (D. GUALANDI, *Osservazioni sopra il celebre stabilimento d'Aversa nel regno di Napoli, e sopra molti altri spedali d'Italia destinati alla reclusione e cura de' pazzi, con alcune considerazioni sopra i perfezionamenti di che sembra suscettivo questo genere di stabilimento*, Bologna, 1823, pp. 134-135).
8. Cfr. F.M. FERRO, *La storia dei Manicomi in Italia*, consultabile in: <http://www.istitutoricci.it>.
9. Il sistema "chiuso" è definito "misto" dall'architetto Nicola Stassano, progettista dei lavori presso la Casa della Maddalena ad Aversa nel 1856. Sull'argomento cfr. N. STASSANO, *Progetto di ampliamento e restauro del reale morotrofito della Maddalena in Aversa dell'architetto Nicola Stassano*, Napoli, 1856.
10. A. IARIA, *Aspetti della storia del S. Maria della Pietà dall'unità al '900: leggi e regolamenti*, in *L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla Chiusura*, vol. 3, a cura di A. Iaria, T. Losavio, P. Martelli, Bari, 2003, pp. 13-32.
11. CANOSA, *Storia...*, cit., p.28
12. G. PORTIGLIOTTI, *L'assistenza ai malati di mente a Genova. Note storiche*, in "Annali dell'Ospedale psichiatrico", Genova 1830, p. 14; M. LABÒ, *Un architetto neoclassico: C. Barabino*, in "Emporium", LIV (1921), pp. 207-223; G. MARTINOLA, *Notizie su architetti neoclassici*, in "Archivio storico lombardo", s. 8, II (1947), p. 72; E. POLEGGI, *Strada Nuova: una lottizzazione del Cinquecento a Genova*, Genova 1968, p. 289; E. De NEGRI, *Ottocento e rinnovamento urbano. Carlo Barabino*, Genova, 1977.
13. Il *Magdalene Asylum*, sito a Glasgow in Parliamentary Road, progettato da William Stark (1770-1813), fu completato nel 1814 attorno ad un corpo centrale ad otto lati dai quali partivano quattro ali destinati ai pazienti domiciliati con i necessari servizi. In tal modo, pazienti di differente rango sociale potevano essere tenuti separati. Al di sopra della struttura centrale e degli alloggi del personale di servizio vi era uno spazio ottagonale che fungeva da cappella, illuminato da finestre aperte nella cupola. Cfr.
- J. THOMPSON, G. GOLDIN, *The hospital. A social and Architectural History*, London, 1975.
14. CANOSA, *Storia...*, cit., p. 50.
15. Decreto dell'11 febbraio 1813, conservato presso l'Archivio di Stato di Napoli, Ministero Dell'Interno, 2° I., 9, in: V. D. CATAPANO, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, ivi, 1986, p. 40.
16. Archivio di Stato di Napoli (d'ora innanzi ASNa), Ministero degli affari interni, II inv., fs. 123.
17. Ivi, fs. 4726.
18. V.D. CATAPANO, *Appunti per una storia dei movimenti psichiatrici in Campania*, Napoli, 1977, p. 217.
19. Da un rapporto al Re dell'anno 1817 (ASNa, Ministero degli affari interni, II inv., b. 4727).
20. G. PARENTE, *Origini e vicende ecclesiastiche della Città di Aversa. Frammenti storici*, Napoli, 1858, vol. II, p. 332.
21. V.D. CATAPANO, *Aversa e la cultura psichiatrica italiana ed europea. Nota I: Palermo (1816-1824)*, in "Giornale storico di psicologia dinamica", vol. III (1979), fasc. 6.
22. Si tratta del marchese Pietro Ugo delle Favare, luogotenente con poteri vicereali dal 1824 al 1830. cfr. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans*, cit., p. 139.
23. Inizialmente gli alienati alloggiavano presso l'ospedale di San Giovanni dei Lebbrosi, edificato per le milizie nel 1071 da Guglielmo I e successivamente destinato agli infermi. La struttura si rivelò inadeguata fin dall'inizio dovendo accogliere, oltre ai malati di mente, anche gli scabbiosi, i tiscici e gli appestati del 1576. Fu però solo nel 1802 che i "folli" furono trasferiti in un luogo a loro riservato, presso il piccolo convento dei Padri Teresiani Scalzi per volere della regina Maria Carolina d'Asburgo Lorena, che aveva constatato le tragiche condizioni di vita dei malati durante una visita al vecchio ospedale. In realtà il trasferimento a S. Teresa non cambiò di molto le condizioni di vita degli

- alienati, come testimoniato anche da Desmaisons Dupallans (ivi, p. 40).
24. Il convento di S. Teresa, nella descrizione di Desmaisons Dupallans, risulta come un fabbricato di due piani a forma di un quadrilatero allungato provvisto di corte con galleria coperta e con la facciata «di un'architettura nobile e semplice, ornata di un bassorilievo». Dopo i lavori di ampliamento la "Real casa dei matti" risulta composta dall'edificio dell'ex convento, principalmente occupato dall'amministrazione e da pochi malati "tranquilli", e da due nuove sezioni costruite dietro al corpo principale, composte ciascuna da due file di venti celle disposte di fronte e separate da un cortile (ivi, p. 40).
 25. Ivi, p. 41.
 26. Cfr. G. LOSTRITTO, *Ospedali de' pazzi*, in "Esculapio", vol. V (1829).
 27. ASNa, Ministero degli affari interni, Il inv., fs. 259.
 28. Cfr. G. VIRGILIO, *Sull'ordinamento dei manicomi in Italia*, Aversa, 1875.
 29. Sulla psichiatria italiana durante il Risorgimento cfr. F. PARENTI, *L'assistenza psichiatrica ospedaliera nell'età del Risorgimento*, in *Atti del secondo congresso italiano di storia ospedaliera*, Torino, 1961, pp. 501-504.
 30. cfr. F. GIACANELLI, C. CAMPOLI, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 3, 1973.
 31. cfr. IDEM, *Prefazione*, in R. CASTEL, *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, 1980.
 32. CANOSA, *Storia ...*, cit., p. 93.
 33. Ivi, p. 99. Secondo l'autore «l'espressione si trova usata come titolo di un trafiletto apparso su "La scuola positiva" nel 1906».
 34. Ivi, p.93.
 35. Il manicomio di Imola viene ben presto considerato un modello di modernità nel campo e per questo preso ad esempio per altre strutture come quella di Brescia, costruita nel 1892 con la stessa tipologia e per il cui progetto viene interpellato il dottor Luigi Lolli, artefice e direttore del nuovo manicomio romagnolo (TAMBURINI, *L'assistenza ...*, cit., p. 67).
 36. La commissione esaminatrice era costituita dai professori Verga e Lombroso e dagli ingegneri Maccabruni, Cattaneo e Dogna (DONGHI, *Manuale ...*, cit., p.702).
 37. *Ibidem*.
 38. Ivi, p. 703.
 39. Sull'argomento cfr. A. CHERUBINI, F. VANNOZZI, *L'assistenza psichiatrica nella Toscana lorenese. I manicomi di Firenze e di Siena*, in *La Toscana dei Lorena. Riforme, territorio, società. Atti del convegno di studi (27-29 novembre 1987)*, Firenze, 1989, pp. 311-350.
 40. Come si vedrà più avanti, il manicomio imolese di S. Maria della Scaletta sarà comunemente chiamato manicomio "Centrale" per distinguerlo da quello dell'"Osservanza".
 41. TAMBURINI, *L'assistenza ...*, cit., p. 56.
 42. Notizie sul sistema scozzese, sull'affidamento familiare degli alienati e sulle esperienze belghe di Geel, Lierneux e Dun-sur-Auron sono riportate in L. CAPPELLETTI, *Il trattamento familiare dei malati di mente*, in "Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale", 30 (1902), pp.12-62. Sull'*open-door*, ergoterapia e il trattamento eterofamigliare cfr. anche O. PINI, *L'open-door, la lavorazione nelle colonie e la custodia etero familiare nel manicomio di Volterra*, in "Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale", 1908, p. 292.
 43. A. RAGGI, *L'Open Door (Il manicomio a sistema scozzese)*, Milano, 1899, p. 3. Antigono Raggi, laureato in medicina nel 1870 presso l'Università di Bologna, fu tra l'altro autore di importanti studi di fisiologia ed ematologia sugli alienati e per circa quindici anni si occupò anche di ipnosi medica.
 44. R. TAMBRONI, *I progressi della neuropatologia, della psichiatria e della tecnica manicomiale*, in *Atti dell'XI Congresso della Società Freniatria Italiana, Ancona, 1901*, pubblicati in "Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle alienazioni mentali", 28 (1902), pp. 121-163.
 45. Ivi, p.143.
 46. *Ibidem*.
 47. Sul particolare carattere culturale di Trieste cfr. il recente A. ARA, C. MAGRIS, *Trieste. Un'identità di frontiera*, Torino, 2006.
 48. L'edificio con 20 vasche da bagno per l'idroterapia, previsto in sede di programma, verrà eliminato in fase esecutiva, a seguito della decisione di rendere autonomi i singoli padiglioni.
 49. Per la trattazione dell'ospedale triestino di S. Giovanni si è tenuto a riferimento: D. BARILLARI, *L'architettura per il Frenocomio di Trieste, storia di un progetto e della sua realizzazione (1896-1908)*, in IDEM [et al.], *L'Ospedale Psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908-2008*, Milano, 2008, pp. 118-133. Per una trattazione estensiva dell'intero fenomeno nel quadro storico contemporaneo cfr. invece L. TOPP, *Psychiatric institutions, their architecture, and the politics of regional autonomy in the Austro-Hungarian monarchy*, in "Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences", 38 (2007), pp. 733-755.
 50. Eugenio Gairinger (Trieste 1844-1904), registrato all'anagrafe come Moisé, fu impegnato nella sua città nella costruzione del gruppo di case popolari a San Giacomo (1871-1896), nella sistemazione di piazza dell'Unità d'Italia con la ristrutturazione di palazzo Stratti (1872), nel progetto per l'Hotel Garni Vanoli Duchi d'Aosta (1872-1875) e nella direzione dei lavori del Palazzo Municipale (1873-1875). Fu inoltre autore del restauro del Teatro Giuseppe Verdi (1882-1884), del progetto per la sede centrale

- delle Assicurazioni Generali (1884-1886) e della casa Basevi in via San Giorgio 5 (1902-1903). Attivo anche come ingegnere ferroviario, realizzò la trenovia Trieste-Opicina. Fondatore nel 1882 della Società degli ingegneri e architetti, ne fu Presidente per 22 anni. Consigliere comunale, fu membro di molte commissioni, giurie di concorsi, nonché Presidente della Società triestina costruttrice di edifici popolari (*Trieste 1872-1917: Guida all'architettura*, a cura di F. Rovello, ivi, 2007, p. 355).
- 51.** Ludovico Braidotti aveva compiuto i propri studi al Politecnico di Vienna e prestato servizio presso la Ferrovia meridionale dal 1894. Aveva inoltre insegnato presso la sezione edile della *Staatsgewerbeschule*.
- 52.** Tale interesse era evidente sia in opere teoriche come *Moderne Architektur* (1896), che in progetti come quello vincitore del concorso per il piano regolatore di Vienna (1892-03).
- 53.** Cfr. G. BLACKSHAW, L. TOPP, *Madness and Modernity: Mental Illness and the Visual Arts in Vienna 1900*, Burlington, 2009.
- 54.** La frase citata è pronunciata dal podestà di Trieste Fernando Pitteri all'atto della presentazione in Consiglio Comunale del programma per la realizzazione del nuovo ospedale psichiatrico [sull'argomento cfr. D. BARILLARI, *L'architettura per il Frenocomio di Trieste, storia e progetto (1896-1908)*, Milano, 2008].
- 55.** Ruggero Berlam, figlio dell'architetto Giovanni Andrea (1823-92), iniziò gli studi all'Accademia di Belle Arti a Venezia e li concluse nel 1887 presso la Regia Accademia di Belle Arti di Brera a Milano, dove apprese la lezione di Camillo Boito. In architettura egli coniugò la ricerca di uno stile nazionale con il proprio credo irredentista. Partecipò attivamente alla vita culturale e politica della città fondando il Circolo artistico di Trieste (1883) e ricoprendo tra l'altro la carica di Consigliere Comunale (1894-1904).
- Abbandonato lo studio del padre dopo il periodo di apprendistato, il giovane architetto fu impegnato nella costruzione del castello di Spessa di Capriva vicino a Gorizia (1880-1898), in cui la compresenza di stili diversi denota l'adozione delle teorie boitiane. Fu con la Casa Leitenburg in via Giulia (1887-1889) che Ruggero guadagnò prestigio grazie al suo gusto per i dettagli e per le citazioni storiche, che compare anche nella vicina Casa Berlam in via Giulia (1898). La predilezione per gli stili rinascimentali si riscontra in diversi villini a Trieste e a Parenzo, ma soprattutto nel complesso di case Aidinian in via Giustinelli (1903-05), in cui i cinque edifici sono distinti dai riferimenti che vanno dal Medioevo al Rinascimento italiano. Maggiormente plastiche le citazioni del secondo Cinquecento nel palazzo Vianello in piazza Oberdan (1903-05). All'inizio del Novecento adottò con molta cautela decorazioni secessioniste su impianti già rodati, come nel caso dei villini Modiano in via Rossetti (1900). L'interesse per l'arte floreale si dissolse rapidamente, tanto che la sua ultima opera, la Villa Moretti a Tricesimo (1916-17), ha le sembianze di un castelletto medievale (P. STICOTTI, *Commemorazione dell'architetto Ruggero Berlam*, in "Archeografo Triestino", serie III, vol. IX, 1921, pp. 367-79. Cfr. anche M. POZZETTO, *Giovanni Andrea Ruggero Arduino Berlam. Un secolo di architettura*, Trieste, 1999).
- 56.** Va fatto notare che ad Alt Scherbitz e Mauer-Öhling gli edifici di culto erano stati adattati a sala da spettacolo.
- 57.** A. CRISCI, F. DI MARTINO, *La responsabilità dello psichiatra tra tutela della salute, autodeterminazione ed esigenze custodialistiche alla luce della recente giurisprudenza. L'andamento del fenomeno e i dati ufficiali*, in *Atti del Convegno Nazionale G.I.S.D.I., IV giornate di studio, 6-7-8 novembre 2008, Macerata*, a cura di M. Cin-
- golani, Milano, 2011, p. 403.
- 58.** Il 14 febbraio 1904, dopo anni di discussione in parlamento e nell'ambito della "Società di Freniatria", venne finalmente emanata la legge n. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, più comunemente nota come "Legge Bianchi", dal deputato Leonardo Bianchi che ne fu relatore.
- 59.** P.F. PELOSO, *Il problema della contenzione meccanica in psichiatria: la posizione abolizionista di Ernesto Belmondo*, in *Atti dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti*, 107 (1995), parte II, pp. 55-84.
- 60.** CANOSA, *Storia...*, cit., p.151.
- 61.** Ivi, p.152. Canosa riporta una tabella presente in "Rivista sperimentale di freniatria" del 1946 sono riportati i dati relativi al numero dei ricoveri negli istituti di assistenza italiani tra il 1926 al 1942. La tabella dimostra come il numero dei malati ricoverati continui ad aumentare nel periodo tra le due guerre.
- 62.** Sull'argomento cfr. D. COSSU, *Gli ospedali civili in Sardegna*, in *Atti del primo congresso europeo...*, cit. e G. DODERO, *Storia della medicina e della sanità pubblica in Sardegna. Medici, malati, medicine attraverso i secoli*, Cagliari, 1999.
- 63.** Sul manicomio di Arezzo cfr. *Archivio storico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo*, inventario a cura di S. GHERARDI e P. MONTANI, Montepulciano, 2004.
- 64.** DONGHI, *Manuale...*, cit., p. 724.
- 65.** Va ricordato come all'inizio degli anni Venti l'ospedale di Arezzo ospitò oltre 500 dementi, curati da ben 150 operatori.
- 66.** A. CINCI, *Storia di Volterra*, ivi, 1885 (rist. anastatica Bologna, A. Forni, 1977), pp. 5-25.
- 67.** TAMBURINI, *L'assistenza...*, cit., p.65-66.
- 68.** E. SARTORI, *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo: il caso di S. Maria della Pietà a Roma*, Trento, 2006, p. 29. La strut-

tura ospita attualmente il “Laboratorio della Mente”, il più importante archivio psichiatrico in Italia, e la Biblioteca Scientifica “Alberto Cencelli”, costituita da oltre 9.000 volumi.

- 69.** Il manicomio di Genova, fondato nel 1834, iniziò ad operare nel 1841 nel nuovo edificio in via Galata; nel 1895 venne realizzata una succursale a Quarto dei Mille, dotata di autonomia amministrativa, che assorbì anche le degenti dell’Istituto succursale di Bolzaneto (creato come ricovero femminile nel 1885) e gran parte dei pazienti delle altre succursali di S. Raffaele di Coronata (fondata nel 1887), La Spezia (1910) e Mondonuevo (1904).
- 70.** Le citazioni sono tratte dalla relazione presentata dal Consigliere Provinciale Broccardi nella seduta straordinaria del 25 novembre 1908, nella quale fu deliberata l’approvazione del progetto [*I santuari della follia. Le istituzioni manicomiali genovesi dall’800 ad oggi*, a cura di M. Bottaro (coordinamento), M. Boccaccio, B. Cervetto, M. Fantoni, G. Isola, R. Olivieri, Genova, 1980 p. 26].
- 71.** Ivi, pp. 27-28.
- 72.** *I santuari della follia* ..., cit., p. 29.

CAPITOLO IV Le esperienze abruzzesi

IV.1 • Teramo. Le origini della struttura ospedaliera

Il primo documento ufficiale in cui compare l'Ospedale di S. Antonio Abate a Teramo è la "*Extentionis privilegium*", redatta in data 28 Febbraio 1323, con la quale il vescovo di Teramo Niccolò degli Arcioni, artefice dell'ampliamento della cattedrale eseguito tra il 1332 e il 1335, concede a Bartolomeo Zalfone in qualità di "*Hospitalario S. Antonii de Teramo*"¹ un privilegio di esenzione da ogni diritto, dominio, potere episcopale e legge diocesana del Capitolo Aprutino². Tale documento è stato a lungo considerato una bolla di fondazione, il 1323³ l'anno di nascita dell'ospedale e Zalfone il fondatore⁴. In realtà la struttura doveva esistere a Teramo già prima del 1323 come la chiesa di S. Antonio Abate da cui prende il nome; inoltre un'attenta lettura della bolla rivela come il complesso non fosse eretto grazie a Zalfone, che ne era in realtà l'*hospitalarius* (amministratore), quanto per merito dei lasciti del canonico Valentino di Andrea, preposto del Capitolo Aprutino⁵:

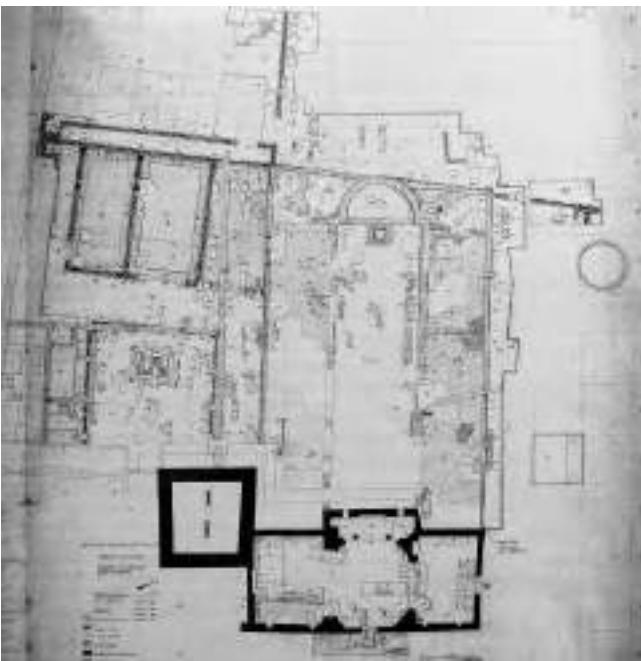
«[Nos] Nicolaus Dei et Apostolica gratia Episcopus Aprutinus. Dilecto in Cristo tibi Bartolomeo Zalfonis Hospitalario S. Antonii de Teramo salutem in Domino. Cum tu divina ispirante gratia in domibus tuis in Civitate Terami potitis, quas ex devotione Fidelium et specialiter ex collocazione bonorum quondam bone memorie domni Valentini Canonici Aprutini, et alias iusto titulo acquisivisti, Hospitale sub vocabulo S. Antonii Abbatis, de nostra licentia, noviter construxisti, ut pauperes et egroti ibidem presentialiter et in futurum commorantes, devotim, utiliter Creatori altissimo famulentur (...)⁶».

Le testimonianze riportate dal Savini che affermano l'esistenza di ospedali a Teramo già nel 1250⁷ ed il testamento del 28 Giugno 1277 con cui Nicola Paganelli di Teramo fa dei lasciti a chiese, ospedali e luoghi pii della città, confermano che la nascita del S. Antonio fu *ab origine* capitolare e di fondazione anteriore al 1323, ed inoltre che il «solerte amministratore» Bartolomeo Zalfone⁸ ricostruì l'ospedale grazie ai beni donati da generosi cittadini, *specialiter* il canonico Valentino. L'ospedale di Teramo nasce quindi tra il XIII e il XIV secolo, nel fecondo periodo in cui in Italia sorgono strutture assistenziali come quelle di S. Maria della Scala a Siena, S. Maria Nuova e S. Maria degli Innocenti a Firenze, S. Spirito in Sassia a Roma e l'Ospedale del Ceppo a Pistoia⁹. Tuttavia tali prime istituzioni assistenziali vengono erette vicino alle cattedrali in funzione di *xenodochio*; in tal senso anche l'ospedale di Teramo, sorto durante la dominazione angioina nei pressi dell'antica cattedrale di Santa Maria *Aprutiensis*, dovette possedere in origine tale destinazione¹⁰. Infatti, al pari delle coeve strutture assistenziali, esso si fregiava del titolo di *domus Dei*, come testimoniato dal *Liber Censualis* del Capitolo Aprutino del 1348¹¹.

Al di là della questione legata alla data di fondazione, grazie

Sotto: Teramo,
Chiesa S. Anna de'
Pompetti, esterno,
foto dello stato
attuale.





stretto a versare a Napoli la somma di 10 carlini¹⁴.

Conosciamo lo stato dell'ospedale cinquecentesco da un documento conservato presso l'Archivio Vescovile di Teramo, che riporta la visita effettuata dal vescovo Ricci nell'anno 1583:

«L'ingresso era chiuso da un robusto portone di legno, si entrava in un androne lungo diciannove passi e mezzo e largo sei, coperto a volta e con pavimento a mattoni ai lati del quale si aprivano due porte. La porta a destra immetteva in una stanza a pianterreno, pure coperta a volta e adibita a magazzino dell'ospedale, da questa prima stanza si passava in una seconda più piccola, coperta a volta come l'altra, con le pareti grezze e con una piccola finestra munita d'inferriata. Essa serviva un tempo per cantina, allora invece era adibita come camera d'alloggio dell'ospitalario»¹⁵.

A sinistra dell'androne era situata invece una stanza con camino munita di un piccola finestra con inferriata, dalla quale si passava in un'altra con pavimento in mattoni e coperta da tetto a falde, anch'essa dotata di finestra e relativa inferriata. Il vescovo ordina di apportare migliorie in entrambi gli ambienti, consistenti nell'apertura di una finestra più grande e più lunga («alla moderna») e nella riparazione del camino «dove bisogna». Sempre al pianterreno erano altre due stanze, la prima delle quali destinata a cucina dell'ospitalario con annesso granaio, mentre la seconda conduceva in un piccolo cortile con un pozzo d'acqua «sorgente et buona» e quindi in un orto chiuso e cintato con un melograno e una vite «che fa pergola». Al piano superiore era invece ubicata una vasta sala lunga tredici passi e larga dieci nonché le stanze adibite a dormitori per i ricoverati, tutte con pavimento in mattoni, alcune coperte «a volte di cannuce» ed altre «dal solo tetto»; tutte con scarse e misere suppellettili.

Nel 1603 il Vescovo Aprutino Vincenzo da Montesanto stila finalmente il regolamento amministrativo dell'ospedale, che contiene chiare e severe norme riguardanti le nomine annue dei due procuratori dell'ospedale nonché la gestione del pa-

alla bolla arcioniana l'ospedale di S. Antonio Abate godè dal 1323 di determinati privilegi ed immunità, dovendo al Capitolo Aprutino, che lo amministrò sino all'inizio dell'Ottocento, la sola nomina dell'"Ospitaliere" ed un pranzo annuale nel giorno di S. Antonio Abate a titolo di simbolico canone¹². Alla salvaguardia della struttura era tenuta la stessa autorità comunale: negli Statuti del Comune di Teramo del 1440 si legge infatti che i "giudici" ed i "rettori" cittadini erano obbligati a difendere e proteggere l'ospedale sito nei pressi di Porta S. Antonio (in seguito Porta Melatina), prossima al torrente Vezzola¹³.

Durante il XVI secolo l'organismo visse una fase tormentata in quanto il Capitolo dovette più volte subire le ingerenze dei vicari episcopali e le pretese dei grandi abati di S. Antonio di Napoli, che reclamavano i diritti su tutti gli stabilimenti del Regno che recavano il nome del Santo eremita, tanto che per due anni, nel 1542 e nel 1543, il Capitolo teramano fu co-

A sinistra: Teramo, antica cattedrale S. Maria Aprutiensis, pianta degli scavi.



Sopra: Teramo, pianta della città di G. Betti (1820).

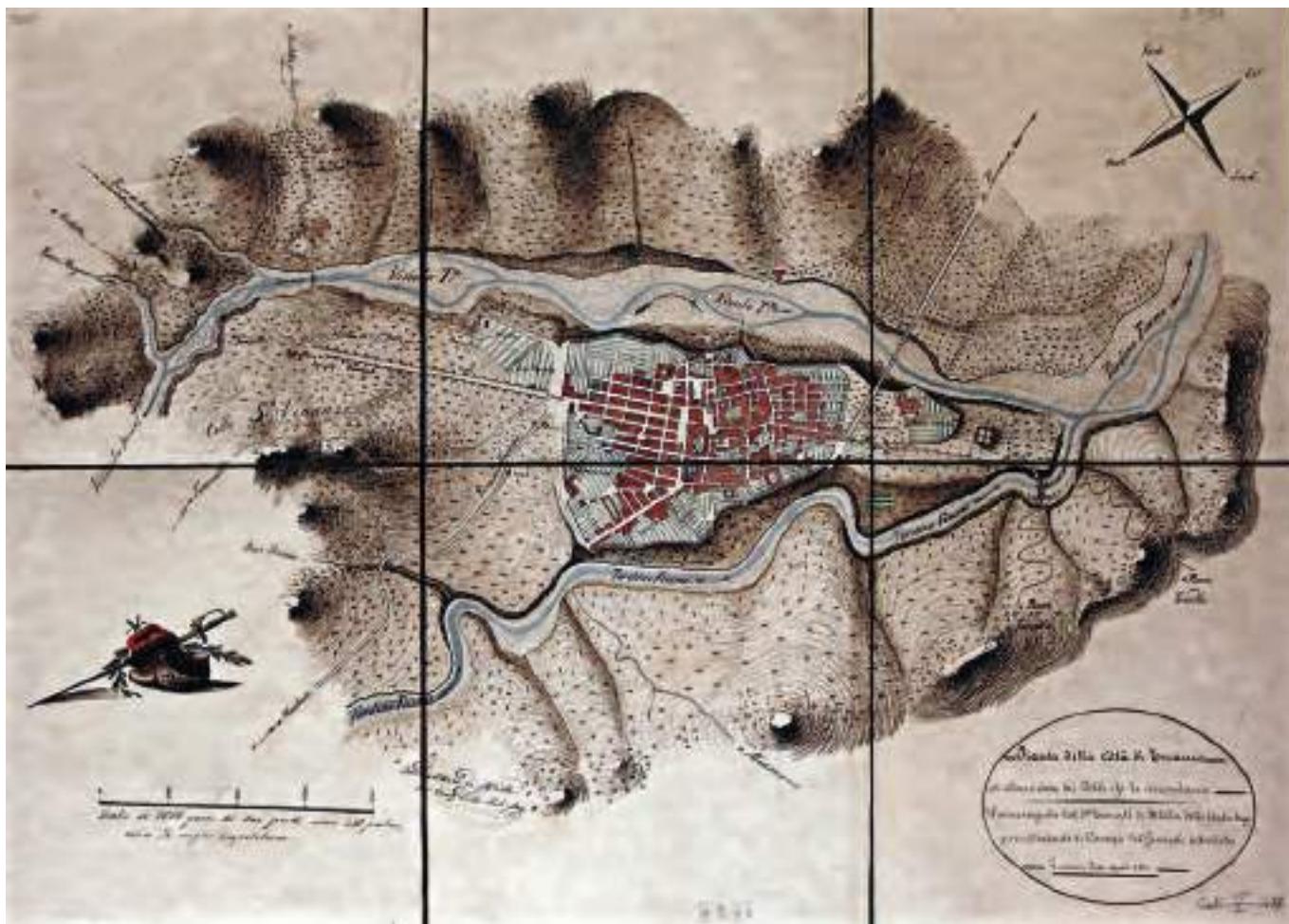
trimonio dell'istituto¹⁶. Circa l'attività assistenziale, il regolamento si limitava a stabilire che i procuratori dovessero interessarsi dei "protetti" ossia dei malati, pellegrini, poveri e trovatelli, senza ancora un riferimento specifico ai malati di mente. Una visita pastorale del 1625 conferma come all'epoca esistessero tre reparti ed altrettante tipologie di assistiti: l'ospedale propriamente detto, il ricovero per i poveri e i pellegrini ed il brefotrofio per i trovatelli¹⁷.

Nel corso del XVIII secolo il Capitolo è più volte ostacolato nel diritto di amministrare l'ospedale, in quanto l'autorità municipale si propone di trasformare la struttura in Collegio delle Scuole Pie, estromettendo così i canonici. Tuttavia un dispaccio del 18 Settembre 1756 di Carlo III Re di Napoli comunica che la *conmutación* richiesta quindici anni prima dalla città di Teramo è stata rigettata, «*tratandose de un lugar pio mero eclesiastico, como es dicho Hospital y de hallarse sus rentas destinadas a obras pias por su Fundador cuyo voluntad debe precisamente observarse*»¹⁸.

Nel 1791 sono invece i Cavalieri del Real Ordine Costantiniano, "emendatari" dell'ordine di S. Antonio di Vienne e quindi successori degli abati, a tentare l'acquisizione dell'ospedale teramano, accusando il Capitolo di aver snaturato il carattere dell'istituzione avendo offerto assistenza anche ai trovatelli, che invece avrebbero dovuto essere dimessi¹⁹. Ancora una volta il Capitolo, appellandosi al privilegio arcioniano e al dispaccio reale del 1756, riesce però a mantenere la propria autonomia.

Lo stato delle cose cambia nel 1811, quando l'amministrazione dell'Ospedale di S. Antonio Abate viene assegnata alla Commissione degli Ospizi e di Beneficenza di Teramo istituita da Gioacchino Murat²⁰. Con il ritorno dei Borboni, nel 1816 i religiosi vengono reintegrati nell'amministrazione dell'ospedale ma sotto il controllo del Consiglio Generale degli Ospizi²¹. Nonostante nel 1820 l'arcidiacono Nicolò Tamburini inoltri una supplica al Ministro degli Interni²², nella quale descrive l'oculata gestione dell'ospedale curata nei secoli passati dal Capitolo teramano, la gestione resta saldamente nelle mani del Consiglio Generale degli Ospizi. Lo stesso Capitolo inizia a disinteressarsi della salute della secolare struttura, che nel 1831 viene fusa con il nuovo ospedale senza alcuna opposizione da parte dell'antico ente di gestione²³.

La Commissione regge quindi l'ospedale fino al 1860, quando la stessa viene trasformata in Congregazione di Carità con il sopravvenire dello Stato unitario²⁴. Lo stato sofferto dal nosocomio teramano è descritto nel 1861 da Bernardo Costantini, futuro direttore del manicomio, a cominciare dall'infelice



scelta del sito d'impianto²⁵:

«In Teramo, ch'è una delle città più freddo-umide della Italia meridionale, è un voluto ospedale nella parte estremamente settentrionale di essa, ed esposto a nord nord-ovest, con la sua maggiore facciata continuamente battuta dai venti, che provengono da settentrione, e dalla grossa catena degli Appennini distante poco più di due miglia all'ovest»²⁶.

Gli ambienti, «due piccole corsie, tre camere brutte e piccole per tenervi i malati»²⁷ sembrano abbandonati a se stessi, come anche la cucina «mal situata, piccola, orribile». Un insieme quindi di «luoghi immondi e mal disposti», tanto che in quel momento lo «stabilimento ad uso di ospedale esistente in Teramo non è, e non può ridursi ad ospedale»²⁸. Tra le varie carenze della struttura, come quella relative alla farmacia, alla cella mortuaria ed a molti altri spazi funzionali, è indicata

Sopra: Teramo, pianta della città del Sottotenente de Müller (1860).

anche quella del manicomio, che obbligava ancora in quella data a ricoverare gli alienati della Provincia di Teramo in altri frenocomi.

IV.2 • Teramo. La nascita della Sezione del Manicomio e gli sviluppi fino alla Grande Guerra

Nel periodo post-unitario l'ospedale, amministrato da Domenico Savini dal 1862 al 1870, pur restando in sofferenza a causa delle proprie carenze funzionali, mostra un miglioramento dei servizi assistenziali ed un progressiva specializzazione dell'attività sanitaria, favorita anche dalla fondazione nel 1873 di un asilo cittadino di mendicizia, che consente al-

l'antica struttura di sgravarsi dell'assistenza a tale categoria critica²⁹. Un deciso cambiamento nella vita dell'ospedale ed un impulso vitale al suo sviluppo si ha però quando, per volere di Bernardo Costantini, nel 1881 viene fondata la Sezione del Manicomio, come testimonia l'epigrafe murata in una stanza al piano terra della "Sezione Donne":

QUESTA SALA
FU LA PRIMA DEL MANICOMIO
CHE SI APRÌ
NELLA FINE DI LUGLIO MDCCCLXXXI.
PRESIDENTE COSTANTINI³⁰.



A destra:
Teramo, pianta della
città di A. Danesi
(1888).



A sinistra: Teramo, pianta della città di E. Narcisi (1888).

Come già accennato, prima del 1880 i malati di mente del Teramano erano sistemati altrove, inizialmente ad Aversa e successivamente nelle più vicine Pesaro e Macerata. Secondo quanto riportato dal Direttore Guido Garbini in una relazione del 1919, il primo ricovero della nuova sezione manicomiale di Teramo avviene nel maggio 1880 ed è relativo ad una vedova cinquantenne. L'anno successivo i malati sono già saliti a 20, di cui 7 uomini e 13 donne, tanto che il dottor Costantini, che in questo momento ricopre il ruolo di Presidente della

Congregazione di Carità, decide di adibire «a loro alloggio un locale qualsiasi preso a caso fra gli ambienti disponibili, al pianterreno dell'Ospedale Civile»³¹. L'assistenza medica di questo primo gruppo di "cronici" è affidata allo stesso Costantini, che è nel contempo Direttore dell'istituto manicomiale da lui stesso fondato, nel quale i malati sono ammessi dietro pagamento di una diaria di £ 1,50. Dato l'esiguo numero dei ricoverati, l'istituto nasce senza un preciso programma edilizio all'interno del complesso di Porta Melatina; viceversa, con

Sotto: Teramo, Ex Ospedale Psichiatrico S. Antonio Abate, padiglione costruito nel 1894, facciata lungo l'odierna circonvallazione Ragusa, foto dello stato attuale.

l'aumento delle presenze determinato dall'ammissione al ricovero degli "acuti", già nel 1882 si rende necessario un ampliamento che viene eseguito senza regole, allo stesso modo in cui la Sezione era sorta. Come sottolinea Garbini, il manicomio di Teramo risentirà sempre di questo «suo peccato di origine», anche dopo i tanti ampliamenti ed acquisizioni³², a partire da quella relativa all'orto recintato posto all'interno del perimetro dell'ospedale, in prossimità della Sezione ma-

nicomiale. L'acquisto dell'area coltivata, di proprietà del signor Raffaele Quartapelle, era «da molto tempo (...) vivamente desiderato»³³ in quanto avrebbe offerto ai malati uno spazio libero ove poter passeggiare, sebbene il costo di £ 1.300, eccessivamente oneroso per le finanze dell'amministrazione, avesse impedito sino a quel momento la conclusione dell'affare. È però grazie alla donazione da parte di un anonimo benefattore che il desiderio della Congregazione diviene infine



realtà, in modo che il 29 Aprile 1881 l'acquisto viene finalmente deliberato. La maggior parte degli acquisti degli immobili adiacenti avviene però tra il 1886 e il 1889, come nel caso dell'orto di proprietà della famiglia Mezzucelli, confinante a nord e ad est con gli ambienti del manicomio, che viene espropriato in data 29 Maggio 1886³⁴; a ciò si aggiunge l'anno seguente l'acquisto della casa della signora Elisabetta Angelini e, nel 1888, quello della casa con un piccolo orto di proprietà Di Giacinto in Largo dei Melatini, confinante a sud con la Sezione manicomiale³⁵.

Il numero degli alienati, in continuo aumento, arriva alle 185 unità già nel 1892, quando, in seguito alle dimissioni di Bernardo Costantini, viene bandito il concorso per il posto di Direttore del manicomio, assegnato al dottor Raffaele Roscioli³⁶. Sotto il Roscioli si iniziano ad esaminare metodicamente i ricoverati, se ne redige la storia clinica con la compilazione delle prime cartelle ed in seguito viene redatto il primo Regolamento, mutuato da quello in vigore dal 1906 nel Manicomio Provinciale di Arezzo³⁷. Tra i meriti maggiori del nuovo direttore vanno enumerati quelli relativi all'introduzione dell'ergoterapia (che non solo impegna i malati ma permette all'istituto una parziale autosufficienza), all'applicazione del *no restraint* (assoluto dal 1908) ed alla creazione di una scuola per infermieri con preparazione scientifica. L'esito maggiormente positivo che la direzione del Roscioli produce è però senz'altro il riordinamento tecnico-edilizio del manicomio, a partire dai lavori del 1894 finalizzati alla costruzione *ex novo* di un primo padiglione, destinato ad accogliere i 36 malati provenienti della Provincia dell'Aquila fino a quel momento ricoverati presso il Manicomio privato *Fleurent* di Napoli³⁸. Si erige così un lungo fabbricato a due piani con seminterrato in prosecuzione dei locali del Manicomio disposti a nord lungo il viale di circonvallazione del torrente Vezzola (attuale circonvallazione Ragusa), sul tracciato antico della cinta muraria della città. Il nuovo corpo di fabbrica presenta nel fronte verso il Vezzola un lungo corridoio voltato a botte, da cui si accede a quattro ambienti comunicanti. Il corpo scala è collocato al centro del suddetto corridoio, mentre per accedere alla restante

parte dell'organismo manicomiale occorre proseguire ed attraversare un altro corridoio posto lungo la vecchia cinta muraria, in corrispondenza della Porta Melatina, citata dal Savini nel 1889:

«(...) di tutte queste porte rimane ora soltanto in piedi, e rinnovata, quella di S. Antonio, detta adesso, per decreto municipale, Melatina, a settentrione della città»³⁹.

La costruzione del primo padiglione non basta a risolvere il problema del sovraffollamento, in quanto il numero di malati continua ad aumentare toccando il numero massimo di 603 unità nel 1904, anno della già citata legge nazionale sugli alienati. Del resto Teramo deve accogliere non solo i malati della Provincia, ma anche quelli provenienti dall'Aquila, dove non si è ancora costruito il nuovo manicomio, e quelli provenienti da Roma, che sta sfollando i locali di S. Maria della Pietà in attesa della realizzazione del nuovo complesso di Monte Mario⁴⁰. A fronte di ciò a Teramo tra il 1895 ed il 1902 sono stati eseguiti nuovi lavori sotto la direzione di Francesco Savini, limitati inizialmente all'edificazione di una scala esterna e di un locale ad uso di refettorio. Nel 1903 viene avviato un secondo e più cospicuo intervento avente per oggetto la costruzione *ex novo* di un grande padiglione nei terreni di proprietà della Congregazione, adiacente a quello costruito nel 1894. Viene così realizzato un corpo di fabbrica a due livelli costituito da sei grandi ambienti passanti con accesso diretto su di un vasto cortile. Nel contempo vengono acquistate tre case contigue al nuovo stabile con il quale vengono rese comunicanti; integrate all'organismo manicomiale, esse ospiteranno dormitorio e infermeria al primo livello, mentre guardaroba e stanze per la lavorazione dei materassi troveranno sistemazione al secondo⁴¹.

Ai primi del Novecento il Manicomio di Teramo, nato come sezione distinta dell'Ospedale Civile, risulta composto dunque di un aggregato di volumi in parte riadattati alla nuova funzione, in parte costruiti *ex novo* ma senza un preciso programma edilizio, tutti collocati sulla destra di Porta Melatina

dalla parte verso la chiesa di S. Antonio. L'organismo sacro consisteva invece di uno spazio ad aula coperto da una sequenza di volte a vela e scandito da altari tardobarocchi, esito palese di un intervento di trasformazione precedente il XVIII secolo. Della chiesa si ha menzione solo in alcuni atti notarili del XIX secolo conservati presso l'Archivio di Stato, ed in una visita pastorale del 1653 del vescovo Figini Oddi, secondo cui «l'altare maggiore era eretto verso occidente, al centro del medesimo in una finestra dipinta era conservata la statua di S. Antonio e sul davanti pendeva un lampadario di legno, nel quale ardeva una sola lampada per devozione»⁴². Tornando alle vicende della struttura manicomiale, è da registrare come il 21 Febbraio 1905 venga deliberata la fondazione di una colonia agricola sul fondo Persico appena fuori

A destra: Teramo, Chiesa S. Antonio Abate, particolare dell'altare maggiore.



la città, a meno di un chilometro dall'Asilo. Le condizioni del frenocomio sono di assoluta sofferenza, come rivela il Regio Commissario Gaetano Manca il quale, visitando in quello stesso anno l'ospedale, sottolinea nella sua relazione le carenze strutturali e la fatiscenza della struttura, proponendo la costruzione di un nuovo organismo in più padiglioni e lontano dal centro urbano⁴³. Dopo che nel 1906 la colonia viene ampliata con l'acquisizione di un altro terreno contermina lungo il Vezzola, proveniente dal lascito della famiglia Bonolis, l'anno seguente l'ing. Giuseppe Marcozzi redige un progetto per la costruzione di un nuovo manicomio sui terreni di recente acquistati; nonostante gli elaborati vengano approvati dal Consiglio Superiore della Sanità, il progetto non verrà realizzato⁴⁴. Sempre in questi anni il Roscioli istituisce l'assistenza omofamiliare, che egli affida al vice-direttore Cleto Pieranunzi. Grazie al già citato "Regolamento organico del Manicomio", redatto in data 24 Marzo 1909, possiamo conoscere la consistenza effettiva della struttura di Porta Melatina che, a tale data, risulta suddivisa nel "Riparto Uomini" e nel "Riparto Donne", entrambi dotati dei medesimi ambienti così elencati dall'art. 3 del Capo II⁴⁵:

- a) locale di "osservazione" per i ricoverati in via provvisoria, come richiesto dalla Legge del 1904;
- b) sezione per "tranquilli";
- c) sezione per "agitati" con le camere d'isolamento anche per gli alienati in osservazione giudiziaria;
- d) sezione "cronici";
- e) infermeria con camere d'isolamento per le malattie infettive;
- f) sezione per "tranquilli lavoratori" con sartoria e calzoleria;
- g) cucina e magazzini;
- h) locali per i bagni, lavanderia, asciugatoio e disinfezione;
- i) direzione sanitaria ed Economato;
- j) alloggio per un medico durante la guardia notturna;
- k) gabinetto scientifico;
- l) camera per autopsia;
- m) cappella.

Inoltre, mentre gli uffici dell'Economato e i locali di cui alle lettere "g", "h", "l" ed "m" sono utilizzati in comune con l'Ospedale Civile, l'articolo 5 tiene a precisare che «gli edifici del Manicomio sono provvisti di condutture d'acqua potabile, di illuminazione elettrica, servizio telefonico per la comunicazione con gli uffici, di latrine in numero sufficiente e pozzi neri a tenuta»⁴⁶.

I locali elencati nel Regolamento del 1909 sembrano essere gli stessi descritti anche dalla dettagliata relazione stilata dieci anni dopo dal direttore Guido Garbini⁴⁷, anche se purtroppo questa non specifica ove siano collocati i locali presenti nei vari fabbricati⁴⁸. Tra l'altro nel 1910, quale ulteriore tentativo di ovviare al sovraffollamento dei locali di Porta Melatina, era stata aperta una succursale nei locali dell'Asilo di mendicizia

a Porta Romana, destinata a dare alloggio a 48 alienati, "cronici" e "tranquilli". Dalla relazione di Garbini si evince però con chiarezza come gli uffici amministrativi nel 1919 siano collocati nel corpo centrale principale su Porta Melatina. Anche la sala operatoria, la biblioteca e i gabinetti scientifici sono collocati nella parte per così dire "istituzionale" del complesso, nella quale anche la facciata risulta maggiormente curata grazie alle finestre ad ellisse trasverso aperte nel piano terra ed alle aperture con profilo semicircolare in quello superiore. In questa porzione della lunga facciata tre delle porte-finestre al primo piano presentano anche un parapetto con balaustrini e due di loro, collocate in asse con i due fornic d'ingresso (a sinistra Porta Melatina, a destra Porta delle Recluse) sono risolte con piatte lesene d'imposta dell'arco che producono

In basso: Teramo, Ex Ospedale Psichiatrico S. Antonio Abate, facciata sul Vezzola con porta Melatina e Porta S. Antonio, foto dello stato attuale.





In alto: Teramo, Ex Ospedale Psichiatrico S. Antonio Abate, facciata sul Vezzola, particolare dell'apertura sopra porta Melatina sulla facciata esterna.

A destra: Teramo, Ex Ospedale Psichiatrico S. Antonio Abate, facciata interna sopra porta Melatina.

l'effetto di una pseudo-serliana, rafforzato dalla presenza di una balaustra cieca, in corrispondenza dei due incassi laterali. Allo stato attuale il prospetto presenta un terzo livello forato da una sequenza di finestre rettangolari alternate alle nicchie cieche del secondo livello; si tratta senz'altro di una sopraelevazione operata dopo il 1901, in quanto la foto dell'epoca del complesso pubblicata dal Savini mostra ancora un elevato a due ordini⁴⁹.

Sempre dalla relazione del Garbini veniamo a conoscenza di come l'organismo manicomiale nel 1919 possieda parecchi cortili ma nessun giardino e sia privo dei necessari alloggi per



il Direttore e per i medici. I padiglioni costruiti *ex novo* sono poi utilizzati per varie funzioni: probabilmente quello costruito nel 1894 accoglie al piano terra gli uffici dell'Economato e al primo i locali per i "semi-agitati", mentre l'altro padiglione è destinato ai "frenastenici" ma anche ai nuovi ammessi ed

agli "auto-pericolosi" in vigilanza continua. In quest'ultimo corpo di fabbrica al primo livello sono disposte le camere di soggiorno con i bagni e il guardaroba, mentre al secondo trovano luogo le infermerie e i dormitori da 4 a 6 posti letto. Il resto del complesso, nonostante la suddivisione in varie sezioni, mostra in generale la presenza contemporanea di più funzioni all'interno di ciascun fabbricato, motivo per cui nel complesso di Teramo, sorta di *unicum* ampliato disorganicamente con nuovi edifici e superfetazioni, sarà impossibile attuare la separazione delle varie forme della malattia mentale, trasgredendo così uno dei principi-cardine della psichiatria tra Otto



IV.3 • Teramo. Il Manicomio sotto la direzione di Marco Levi Bianchini

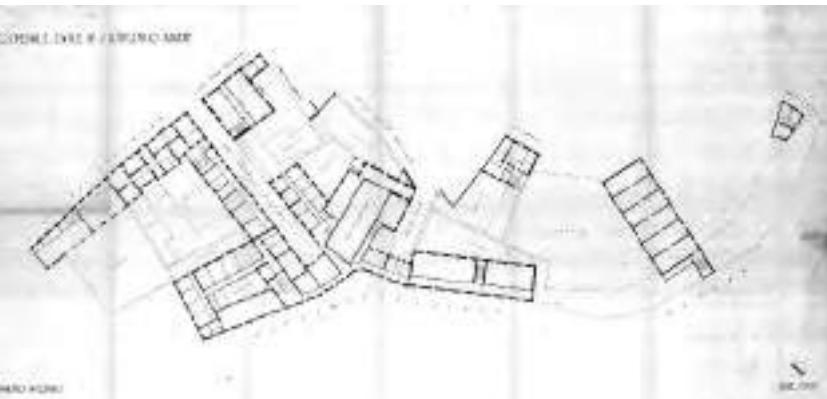
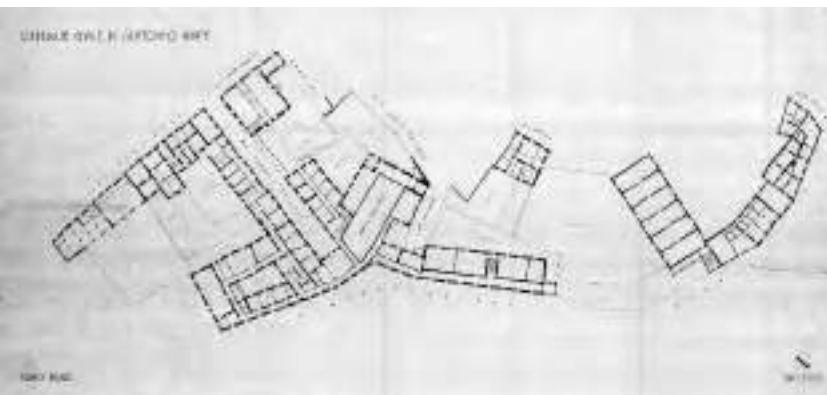
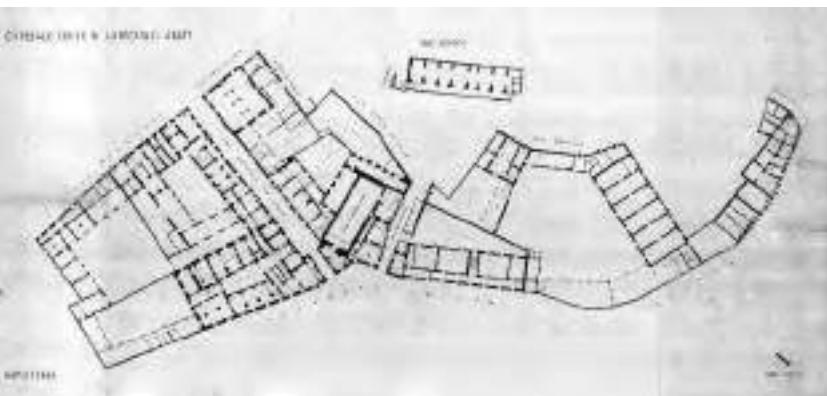
Alla morte del dottor Roscioli, avvenuta nel 1916, segue un degrado igienico-sanitario aggravato dalla mancanza di viveri causato dalle vicende belliche; dopo un periodo di *vacatio* nella direzione, con l'arrivo da Perugia di Guido Garbini il manicomio teramano riprende finalmente la sua normale attività⁵¹. Sotto la guida che lo psichiatra trentino esercita dal 1917 al 1919 in quelle che erano le stanze d'isolamento vengono sistemati i laboratori per la lavorazione della paglia, dei vimini e dei tessuti, la calzoleria, la sartoria e l'officina del fabbro. Inoltre, poiché Garbini intende basare la terapia psichiatrica essenzialmente sulla clinoterapia⁵², l'ergoterapia ed i bagni tiepidi, i mezzi di coercizione vengono sensibilmente ridotti ed i sistemi ipnotici completamente banditi. Anche a Teramo l'assistenza psichiatrica inizia a trasferirsi da una «visione filantropico-sociale dei pionieri della psichiatria a quella biologico-medica di impostazione tedesca della seconda generazione»⁵³, con un ritardo di oltre dieci anni rispetto al dibattito nazionale⁵⁴. Nel 1919, quando Garbini si trasferisce nell'Ospedale psichiatrico della sua città natale, il manicomio teramano vive un altro momento di stasi, mentre il servizio sanitario viene assicurato dal dottor Egisto De Nigris, che svolge *ad interim* le funzioni del direttore, e da soli tre medici di sezione. La condizione igienica degli ambienti, da sempre punto debole

In alto: Teramo, Ex Ospedale Psichiatrico S. Antonio Abate, foto aerea dello stato attuale.

A sinistra, nella doppia pagina: Teramo, Ospedale S. Antonio Abate, facciata sul Vezzola, foto d'epoca (1901).



e Novecento. Allo stesso modo tale caotica distribuzione *in progress* non metterà a disposizione dei medici un locale completamente distinto dagli altri destinato all'"osservazione", così come espressamente stabilito dalla legge n. 36 del febbraio 1904⁵⁰.



del Manicomio, è ormai insostenibile; secondo De Nigris «mura cadenti a causa d’infiltramenti d’acqua (...), porte e finestre traballanti, cadenti (...) con i cessi il cui fetore ammorbida i dormitori» rendono la struttura teramana non «un Ospedale Psichiatrico, ma qualcosa di molto inferiore al più modesto ricovero di mendicizia»⁵⁵.

Il 1923 sembra essere per l’istituto l’anno della svolta, in quanto viene finalmente bandito il concorso per il nuovo Direttore e nel contempo la Congregazione di Carità delibera la costruzione di due nuovi padiglioni per “tranquilli” nell’area Fonte della Regina, «impegnandosi a cedere il terreno e i fabbricati all’Amministrazione Provinciale» qualora quest’ultima assuma in proprio il servizio manicomiale⁵⁶. Tuttavia, mentre il concorso produce un esito positivo con l’assunzione in data 7 novembre 1923 del dottor Marco Levi Bianchini⁵⁷, la delibera della Congregazione viene del tutto disattesa nei propri contenuti. Infatti non solo la costruzione dei nuovi padiglioni rimane sulla carte, ma anzi due anni dopo la Congregazione decide di utilizzare l’intero complesso di Porta Melatina come frenocomio, sistemando ed ampliando i locali che fino a quel momento facevano parte dell’Ospedale Civile, per il quale il 17 Giugno l’Ente delibera la costruzione di una nuova sede da intitolarsi a Vittorio Emanuele III⁵⁸. Tale duplice decisione, appoggiata anche dal dottor Levi Bianchini, appariva la più logica in rapporto allo stato della struttura; se era infatti improponibile il trasferimento di oltre 650 malati in due padiglioni da 150 posti al massimo, lo risultava ancor di più la costruzione di un frenocomio più ampio, dal momento in cui la Congregazione si era impegnata nella realizzazione del nuovo Ospedale Civile. Con il complesso di Porta Melatina a sua disposizione per la quasi totalità, Levi Bianchini può invece condurre a termine il processo di trasformazione iniziato dal suo predecessore: per prima cosa i locali sono ampliati e rimodernati, quindi le tre sezioni esistenti – destinate rispettivamente a uomini, donne e fanciulli – vengono ripartite in sottosezioni e sezioni distaccate per pazienti affetti dalle stesse patologie, mentre alle cure tradizionali (idroterapia, clinoterapia ed ergoterapia) vengono aggiunte quelle farmacologiche con se-

dativi, narcotici e convulsivanti, nel quadro generale dell'applicazione sistematica del *no restraint*. Viene inoltre ampliato l'organico medico e infermieristico assumendo 40 nuovi infermieri e quasi raddoppiando, seppur provvisoriamente, il numero dei medici in servizio⁵⁹. Sotto la guida di Levi Bianchini, deciso promotore della psicanalisi italiana, il Manicomio di Teramo prende nuovo slancio, diventando un riferimento nazionale per le discipline psichiatriche, psicologiche e psicanalitiche; nel 1924 il direttore fonda e dirige la rivista "Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicanalisi", mentre l'anno seguente nella biblioteca del manicomio teramano si svolge la riunione costitutiva della prima Società Psicanalitica Italiana, da cui l'attuale discende⁶⁰. Allo stesso tempo Levi Bianchini si impegna in una politica di prevenzione ed educazione sociale, concretizzata nel 1928 con l'istituzione del Dispensario di Igiene Mentale, destinato ad assicurare l'assistenza ambulatoriale ai malati.

Le innovazioni introdotte determinano un miglioramento delle condizioni e dell'igiene dei malati che si traduce in un incremento del numero dei ricoverati con nuove ammissioni dalle Province di Chieti, Roma, Napoli e Viterbo: nel 1927 i degenti superano le 700 unità e circa 1.000 nel 1931. Per ovviare ai problemi legati al sovraffollamento vengono create alcune strutture decentrate: nel 1927 si apre la succursale nella Colonia Marina di Giulianova, la cui costruzione risale al 1897, nel 1928 si inaugura la Casa di Cura Costantini a Nereto e l'anno seguente la sede distaccata nei locali dell'ex convento delle Suore di Carità di Campi, ristrutturati dall'ingegner Ferretti e destinati alla Sezione Medico-pedagogica. L'organismo di Porta Melatina è ampliato con un nuovo padiglione inaugurato nel settembre del 1926 e presto visitato dal Prefetto Palumbo, mentre un altro corpo di fabbrica è aperto l'anno successivo⁶¹. La consistenza del complesso può essere desunta dalle piante conservate presso l'Archivio dell'Ufficio Tecnico della Asl di Teramo, copie degli originali dell'epoca⁶². Pur non offrendo una datazione certa, la dicitura "Ospedale Civile di S. Antonio Abate" riportata in tali elaborati lascia intendere come i disegni siano anteriori al 1931, anno in cui il nuovo

Ospedale Civile viene aperto ed il direttore torna a Nocera Inferiore; nel contempo le piante descrivono la situazione determinatasi a seguito degli interventi eseguiti sotto la direzione dello stesso Levi Bianchini⁶³.

IV.4 • Teramo. Le proposte e i progetti per il nuovo Manicomio

Le pessime condizioni in cui versava costantemente la struttura di Porta Melatina sono state negli anni descritte in diverse relazioni e, come abbiamo visto, ancor prima dell'istituzione della Sezione manicomiale, Bernardo Costantini ne elencava lucidamente tutte le carenze⁶⁴. Con la nascita della Sezione la situazione era addirittura peggiorata, come testimoniano le successive relazioni stilate dal 1905 al '22 da Gaetano Manca, Guido Garbini ed Egisto De Nigris⁶⁵.

Il primo reale tentativo di miglioramento è quello dell'onorevole Pasquale Ventili che, in qualità di Presidente, il 13 Febbraio 1901 sottopone alla Deputazione Provinciale la sua proposta di «impianto di un Manicomio Provinciale in località fuori l'abitato della Città» e lo «stanziamento di un Reggimento nei locali dell'attuale Manicomio ed Ospedale, da ridursi a Caserma»⁶⁶. Dopo una analoga iniziativa avanzata senza esito nel 1899, Ventili presenta dunque una nuova proposta corredata di una dettagliata relazione e di precisi grafici progettuali a firma dell'ingegner Pignocchi, libero professionista. Nonostante sia prevista anche la realizzazione di altri edifici pubblici ritenuti necessari alla città di Teramo, tra cui un nuovo ospedale civile, ciò che preoccupa maggiormente il Cavalier Ventili è «lo stato del (...) Manicomio, l'Asilo di quegli infelici che, destituiti dal dono più bello che abbia potuto fornirci l'Essere a noi supremo, hanno, a preferenza di ogni altro, il diritto di reclamare tutte le nostre attenzioni, tutte le nostre amorevoli cure»⁶⁷. Nell'elencare i vantaggi e le necessità della nuova realizzazione il Presidente sottolinea come l'attuale Manicomio, già di per sé insufficiente ai bisogni della Provincia, non risponda neppure alle più elementari richieste di carattere igienico e psichiatrico, dato che ben 500 malati di mente risultavano alloggiati in una struttura di circa 6.000 metri quadri

Nella pagina a fianco: Teramo, Ospedale Civile S. Antonio Abate e Manicomio. Pianta piano terra, piano primo e piano secondo (stato anteriore al 1931).

Sotto: Manicomio di Teramo, Progetto di riduzione a Caserma, planimetria dell'ing. Pignocchi (1901).

tra spazi aperti e costruiti; in aggiunta a ciò, la vicinanza con l'abitato aveva costretto la Congregazione a recingere i cortili con pareti in muratura per evitare che le grida degli alienati giungessero all'esterno. Più avanti, Ventili si dichiara favorevole a che il compito di assistere gli alienati spetti alla Provincia, in quanto se non era ipotizzabile che ogni Comune possedesse

un proprio manicomio lo era altrettanto il trasferimento allo Stato di tale competenza⁶⁸; a tal riguardo il Presidente fa notare come la Provincia prevedesse ogni anno nel proprio bilancio una somma di 100.000 lire per il servizio di assistenza agli alienati, senza peraltro che tale somma venisse realmente spesa a favore dei poveri assistiti⁶⁹. Per tali motivi risulta necessario costruire un organismo più decoroso che «costituisca per la Società una sicura garanzia», in un sito extraurbano e possibilmente in ambiente rurale, dove il malato possa trovare nel lavoro nei campi «una distrazione al male che lo tormenta». Data la configurazione topografica di Teramo, secondo Ventili l'unica zona adatta per un «buon manicomio» è quella sulla collina prospiciente la Stazione ferroviaria⁷⁰, ove costruire uno stabilimento che avrebbe occupato una superficie di 5 ettari, più i 3 o 4 ettari da destinarsi a colonia agricola. Avendo a disposizione un volume di aria di 20.700 mc ed assegnando 35 mc per letto, sarebbe stato possibile ospitare 591 degenti, destinando ben 4.140 mq ai soli locali adibiti a dormitori⁷¹.

La tipologia architettonica che l'ingegner Pignocchi adotta è quella dei "padiglioni avvicinati collegati tramite gallerie", definite da Ventili "logge coperte d'unione". L'impianto è simmetrico con gli edifici divisi ognuno per sesso, presentando sull'asse di simmetria un ingresso con due edicole, un edificio principale su tre livelli e in fondo la cappella con le stanze mortuarie. Ai lati dell'asse si trovano poi i vari reparti divisi nell'ordine in "pensionanti", "tranquilli", "agitati", "epilettici, sudici e cronici" e "furiosi". Inoltre al lato del reparto "agitati" vi sono i laboratori, mentre all'esterno del complesso, alle spalle delle sezioni per i "furiosi", si trovano i due padiglioni separati per le malattie contagiose.

Nell'edificio principale a tre livelli trovano posto l'"Amministrazione" e l'"Infermeria". Al piano terra sono disposti l'ingresso, la portineria, le camere per medici e assistenti, l'economato, l'archivio e un parlatorio, al primo gli alloggi per il medico-direttore e l'economista, le stanze d'isolamento o di osservazione ed i locali destinati agli infermieri, al secondo ed ultimo gli alloggi per il medico supplente, il cappellano e gli inservienti. I fabbricati per i "pensionanti" sono posti invece



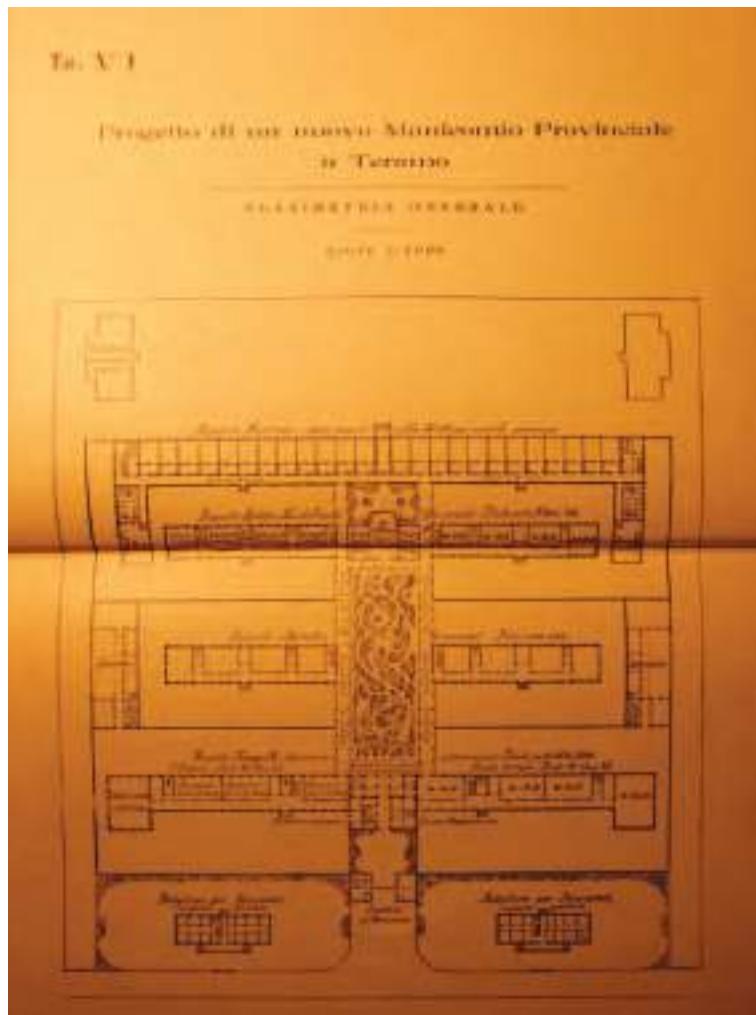
ai lati dell'entrata principale, in una posizione privilegiata in quanto avanzata; si tratta di due padiglioni ad un solo piano capaci di ospitare in totale 40 malati, che un muro di recinzione tiene separati dal resto del complesso. Ai lati dell'edificio per l'"Amministrazione" si trova infine il padiglione dei "tranquilli", a due piani ma dotato di un sotterraneo che si estende anche sotto l'edificio principale, nel quale è collocata la cucina con i relativi magazzini e ripostigli. Il reparto vero e proprio si trova al piano terra ed ospita tre dormitori più l'aula di riunione/refettorio per ogni lato; poiché in questo reparto ogni dormitorio può contenere dai 12 ai 16 letti, grazie agli ulteriori dormitori previsti al primo piano si raggiunge un numero complessivo da 150 a 200 posti letto. Egualmente a due piani risultano i padiglioni per gli "agitati" e quelli per "epilettici, sudici e cronici", nei quali sono sistemati tre dormitori da 9 ad 11 letti oltre a una piccola sala per la riunione che funge anche da refettorio per ogni piano; in questo settore ogni reparto raggiunge un totale di posti letto che va da 100 a 124. Infine il grande padiglione dei "furiosi", con annesso cortile, comprende 48 celle disposte su due piani con i bagni, docce e lavanderie sistemati in due ali laterali; sebbene i reparti vengano "isolati" tra loro per mezzo di muri di recinzione e cancellate fisse in ferro, l'ingegner Pignocchi progetta anche giardini ed ampi cortili scoperti ove far passeggiare gli alienati. Mancano invece i locali per l'"Osservazione", che all'epoca non era ancora obbligatoria per legge.

Il costo dell'intero progetto ammonta a 600.000 lire, somma che secondo Ventili non va considerata eccessiva specie in rapporto ai 600 alienati che il complesso avrebbe potuto alloggiare. Tuttavia il Presidente suggerisce una realizzazione in lotti del complesso nel caso in cui la Deputazione ritenga troppo oneroso il suddetto costo: in tal caso la spesa iniziale si ridurrebbe a 324.000 lire, ma in quel caso il padiglione dei "pensionanti" avrebbe dovuto ospitare una parte dei "tranquilli" e nel contempo le ali dei fabbricati sarebbero state adattate a dormitori allo scopo di sistemare provvisoriamente tutti gli alienati di Porta Melatina⁷². A tal proposito, concludendo la prima parte della relazione, Ventili propone che i

locali ora adibiti a manicomio e ospedale avrebbero potuto essere riconvertiti in caserma tramite semplici lavori di adeguamento descritti nella parte successiva⁷³.

Nonostante la modernità della proposta e la completezza degli elaborati, il progetto presentato dall'onorevole Ventili non avrà alcun seguito, così come quello redatto dell'ing.

Sotto: Ing. Pignocchi, Progetto per un nuovo Manicomio Provinciale a Teramo, pianta (1901).



Marcozzi nel 1907 per un nuovo manicomio da realizzare sui terreni della colonia agricola sul fondo Persico, già citato in precedenza.

Una proposta per un nuovo complesso è descritta anche nella relazione che il dottor Guido Garbini stila nel 1919, confermando la necessità dell'abbandono di tutti i locali allora occupati dal manicomio; tuttavia, poiché in quel momento la costruzione di una nuova struttura risultava inattuabile, la vecchia sede avrebbe potuto continuare ad ospitare «l'infermeria, i prosciolti, i clamorosi abituali ed i ricoverati a tendenze aggressive», oltre a due reparti di osservazione e di vigilanza continua⁷⁴. Il piano prevedeva la cessione di una parte dei locali all'Ospedale Civile, conservando nella lavanderia una sezione di "lavoratori", in modo che un buon numero di alienati dei due sessi (stimato fra le 80 e 120 unità) avrebbe potuto mantenere alloggio e occupazione negli edifici di Porta Melatina. Gli altri malati sarebbero stati trasferiti invece in un manicomio costruito *ex novo* nell'area della Colonia agricola ed industriale, necessariamente ampliata. Il primo lotto dei lavori prevedeva la realizzazione di due padiglioni per gli alienati "tranquilli" i quali, lavorando nella Colonia agricola, avrebbero garantito le risorse finanziarie per le successive costruzioni destinate alla Direzione, ai servizi generali, all'"osservazione e la vigilanza continua" ed ai reparti per i "cronici" e gli "agitati". Nelle intenzioni di Garbini, il nuovo manicomio sarebbe stato costituito da edifici simili alle case coloniche del piano della Vibrata, «costruiti con affezione d'Annunziata di riprodurre questo tipo con tutta fedeltà anche nei dettagli»⁷⁵. La planimetria generale del complesso non sarebbe stata imposta su criteri di regolarità e simmetria, ma al contrario i padiglioni, distanti fra loro circa 50 metri, sarebbero stati «disseminati a capriccio, vari nella forma esteriore, sparsi qua e là senza ordine, a villaggio», in modo analogo a quanto realizzato nel manicomio di Arezzo⁷⁶. Per poter realizzare il piano il dottor Garbini precisa in conclusione che la Deputazione Provinciale avrebbe dovuto trasferire in anticipo alla Congregazione di Carità le somme necessarie alla costruzione; qualora ciò non fosse stato possibile la Provincia avrebbe definitiva-

mente assunto il manicomio sotto la propria competenza. Come già accennato in precedenza, durante il Ventennio viene presentata un'ulteriore proposta, stavolta concernente la riorganizzazione a livello provinciale dell'assistenza psichiatrica. Nel 1928 il Prefetto Palumbo, probabilmente ispirato da Marco Levi Bianchini, decide di aprire a Campli una succursale del manicomio teramano, destinata a svolgere una triplice funzione: asilo per gli "alienati invalidi e inoffensivi" uomini, reparto psichiatrico per "deficienti ineducabili" e reparto medico-pedagogico per i "deficienti educabili"⁷⁷. Neppure tale proposta viene realizzata, sia a causa della mancanza di fondi che per il successivo trasferimento del Prefetto dalla città teramana.

IV.5 • L'Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico dell'Aquila. La nascita della Sezione manicomiale presso S. Maria di Collemaggio

La vicenda dell'Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico dell'Aquila copre un arco temporale piuttosto breve se paragonato a quello dell'analogo struttura di S. Antonio Abate a Teramo, cui però il frenocomio di S. Maria di Collemaggio è coevo e strettamente legato, dato che già nel 1884, a tre anni dall'apertura, nella sezione del manicomio di Porta Melatina vengono trasferiti da Aversa 130 alienati della Provincia aquilana⁷⁸. Come già visto in precedenza, tale trasferimento è reso necessario dal sovraffollamento sofferto dal manicomio di S. Maria Maddalena che, soffocato dai ricoveri di alienati provenienti da tutto l'ex Regno delle Due Sicilie, non era più in condizione di offrire assistenza ai malati di mente aquilani. Inoltre il trasferimento era favorito da motivi logistici, data la relativa distanza dell'asilo di Teramo dove, nel 1891, risultano ricoverati 150 malati della Provincia dell'Aquila⁷⁹.

Il primo nucleo di assistenza nella città federiciana viene istituito nel 1896, allorquando il Commendator Antonio Ciolina, Presidente dell'Amministrazione Provinciale, dispone di ritirare da Teramo 26 alienati e di alloggiarli in una piccola Sezione sistemata all'interno all'Ospizio di Mendicità di Collemaggio⁸⁰, ricusando la proposta del frenocomio aversano per la creazione

di un grande Consorzio mediante l'ampliamento della propria struttura. L'apertura ufficiale dello stabilimento deve avvenire però non prima dell'agosto 1897, in quanto a quella data il Consiglio Provinciale di Sanità non si era ancora espresso in tal senso⁸¹. Sulla base di una gestione più razionale dell'assistenza clinica degli alienati e con l'espressa volontà di costruire *ex novo* un Manicomio Provinciale (il cui primo progetto viene in quegli anni redatto dall'ingegner Ginocchietti), la sezione viene quindi «pensata ed organizzata come un luogo di semplice deposito di cronici tranquilli e di idioti»⁸²; a seguito di ciò, dopo appena un anno, le condizioni dei ben 296 rico-

verati sono divenute già critiche a causa della repentina carenza di spazio.

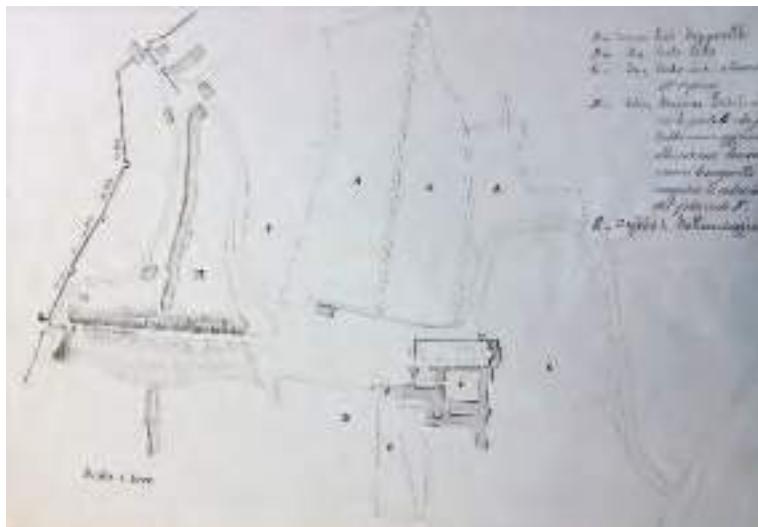
L'Amministrazione Provinciale, costretta dalla legge ad accettare gli alienati dei Comuni del territorio di sua pertinenza, decide allora di ampliare la struttura dell'ospizio di mendicizia con la costruzione di un padiglione da affidare ad un medico alienista. Nel 1899 viene pertanto bandito il concorso che verrà vinto dal prof. Beniamino Vespa, nominato Direttore l'8 novembre di quello stesso anno⁸³. Con la costruzione del padiglione e l'arrivo dell'alienista il piccolo asilo assume le sembianze di un vero manicomio, per lo meno sotto il profilo del-

Sotto: L'Aquila, ex Manicomio di Collemaggio annesso all'Ospizio di Mendicizia, foto dello stato attuale.



Sotto: Ing. Ginocchetti, Progetto di massima per un Manicomio Provinciale nella Città di L'Aquila (1899), planimetria dei terreni da espropriare con la Basilica di Collemaggio e l'Ospizio di mendicizia.

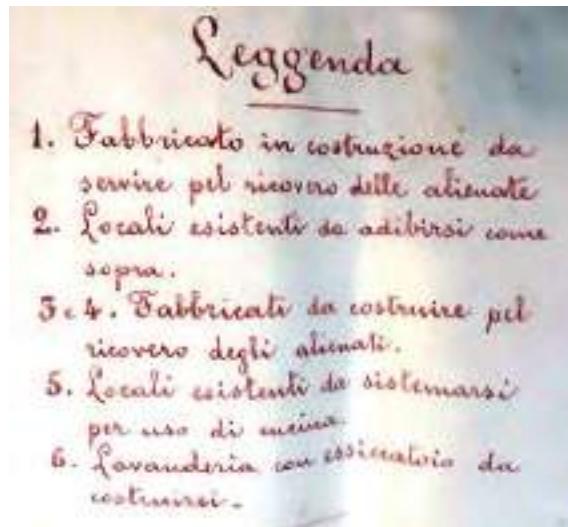
l'assistenza medica. Al contrario, le condizioni dei locali sono inadeguate per il ricovero e la cura dei malati di mente, come testimonia una planimetria del progetto di massima per il nuovo manicomio redatto nel 1899, che raffigura la consistenza del complesso annesso alla Basilica, compreso il corpo di fabbrica aggiunto tra il 1897 e il 1899⁸⁴. La costruzione del primo padiglione non può certo risolvere da sé il problema del sovraffollamento tanto che, in attesa che sorga il nuovo manicomio, nell'aprile del 1904 l'amministrazione si vede costretta a ricoverare 45 uomini e 32 donne ritirati da Teramo



A destra e nella pagina a fianco: Manicomio di Collemaggio, legenda e planimetria con edifici in progetto (1904?).

nel vicino edificio di proprietà comunale definito "Palazzo delle Esposizioni", realizzato nel 1888 lungo l'attuale via Labocucci dall'architetto Carlo Waldis all'interno dell'opera di riqualificazione del margine urbano a nord⁸⁵. Sempre nell'aprile 1904 il ruolo di Direttore è assunto dal prof. Gaetano Bellisari, che succede a Beniamino Vespa, appena scomparso⁸⁶. Bellisari si adopera sin dal principio per risollevare le condizioni del manicomio, chiedendo e ottenendo dall'Amministrazione Provinciale di bandire il pubblico concorso per un altro medico; in tal modo già dall'anno successivo l'or-

ganico viene ampliato con la nomina a medico assistente del dottor Francesco Ciccarelli. Va però precisato che, sebbene il servizio fosse svolto da due soli medici, gran parte dell'attività di assistenza agli alienati era svolta dalle suore della Carità di S. Giovanna Antida Thouret, dedite principalmente all'educazione cristiana dei giovani, ma anche all'assistenza agli ammalati, ai carcerati ed ai poveri, le quali operavano in città dal 1882. Durante la sua direzione all'Aquila, Bellisari svolge un'intensa attività di ricerca sull'epilessia, l'isterismo ed il potere tossico del liquor; in aggiunta a ciò egli collabora

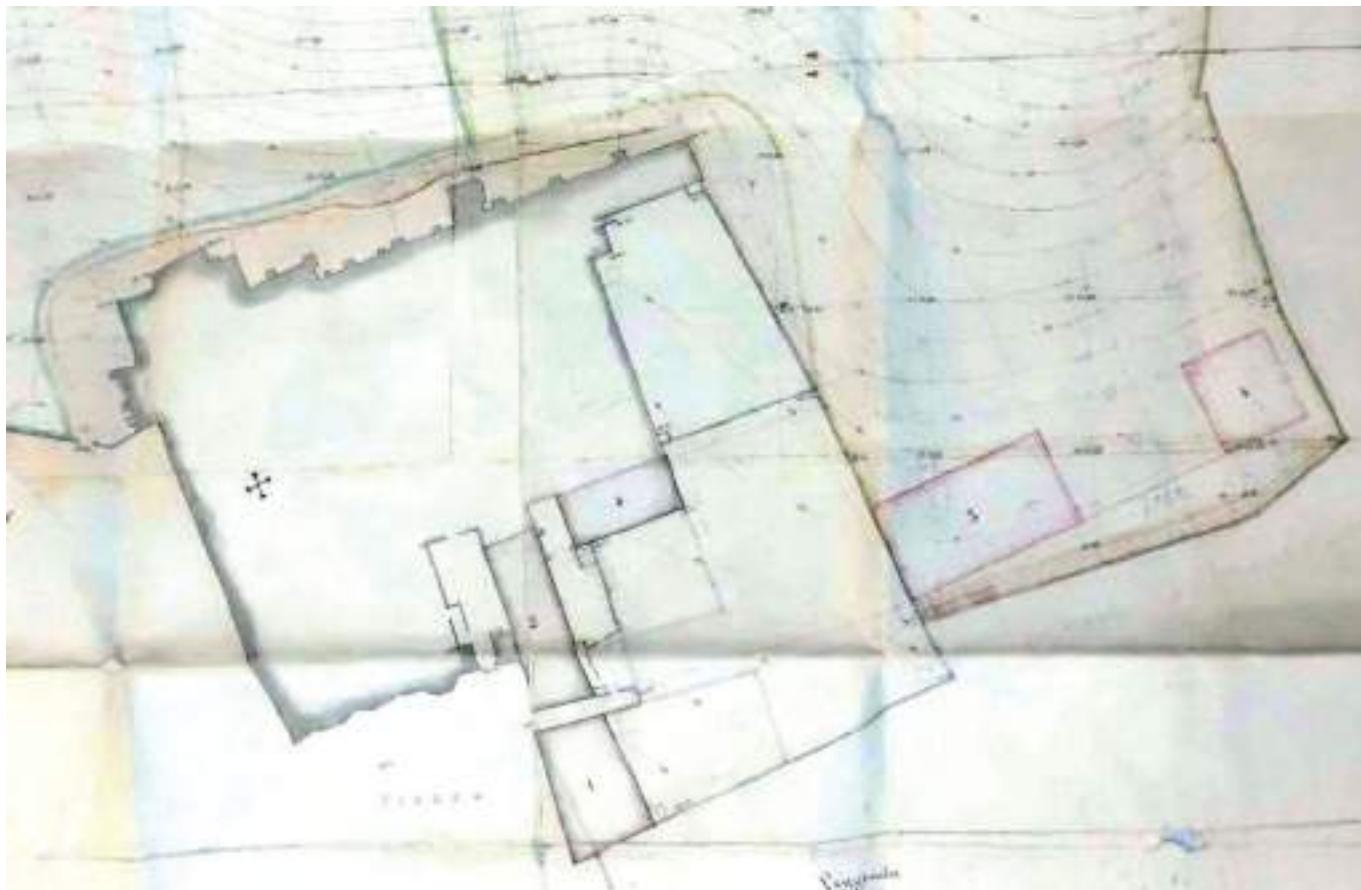


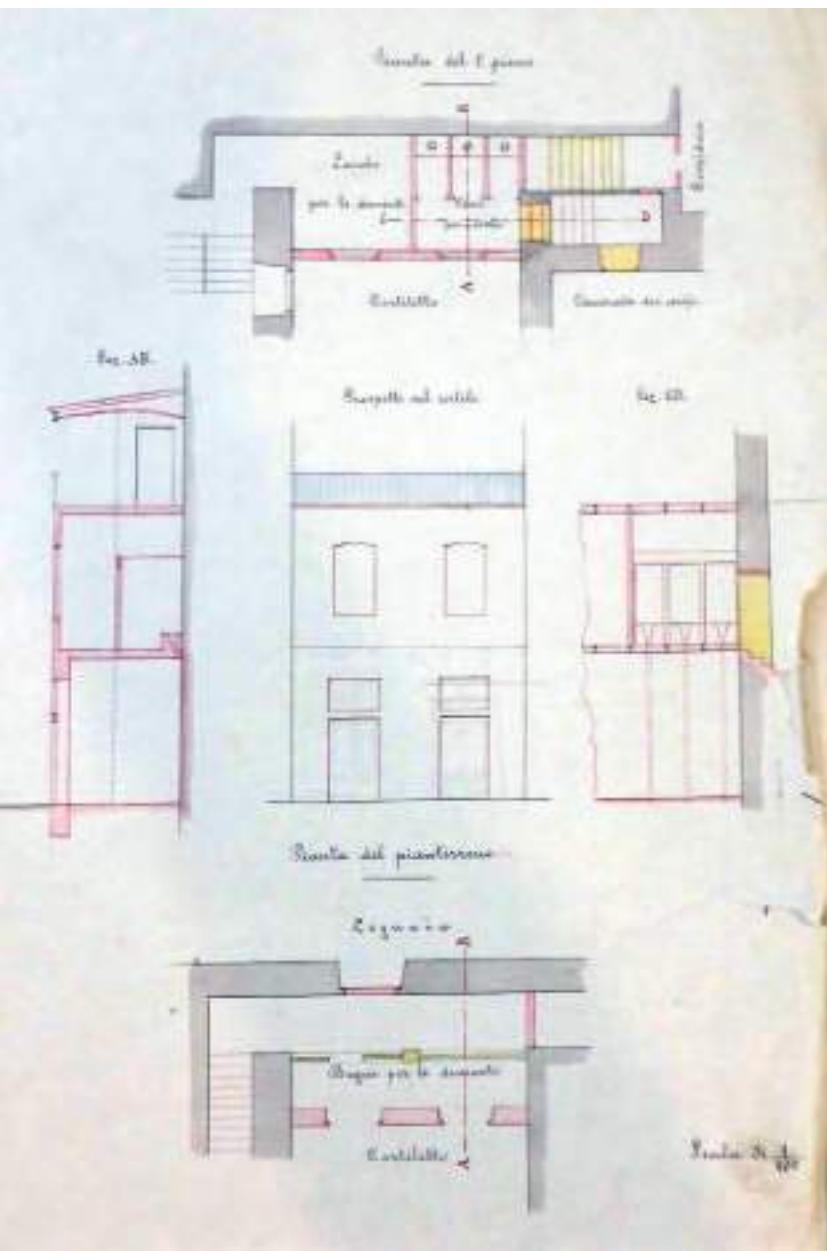
in modo fattivo alla progettazione del nuovo ospedale⁸⁷. Dalla sua Relazione del 1908⁸⁸ apprendiamo come quattro anni prima 147 alienati fossero alloggiati nei locali adiacenti alla Basilica di Collemaggio, «gli uomini nel fabbricato Lepidi, le donne in alcuni locali dell'Ospizio di mendicizia»⁸⁹. Nel frattempo, poiché il numero dei ricoverati continua ad aumentare con numerose richieste di ammissione da parte dei Comuni, l'Amministrazione Provinciale decide di ampliare i locali della Sezione Donne e di aprire una piccola Sezione Fanciulli. Particolare urgenza di lavori ha la Sezione Donne, in cui sono

presenti «alcuni ambienti contigui, con piccole finestre ed enormi inferriate, con un cesso privo d'acqua e di aria, con un vecchio e polveroso pavimento di cotto (...)»⁹⁰. Inoltre, poiché l'unico criterio di separazione che può essere adottato nel Manicomio è quello per sesso, «acute e croniche, nuove ammesse e convalescenti, tranquille e agitate, sudice ed inette e lucide lavoratrici» vengono lasciate vivere assieme, condividendo l'unico cortile, la sola sala di soggiorno e l'unico refettorio⁹¹. L'esecuzione in economia delle opere di rifacimento dei servizi igienici, considerata quella di massima necessità,

viene deliberata il 9 Giugno 1904⁹². Successivamente vengono ristrutturati i locali dell'infermeria, riunendo i laboratori in ambienti contigui in modo da realizzare dormitori e un refettorio con annesso giardino. Presso l'Archivio di Stato dell'Aquila è stata rinvenuta una planimetria raffigurante il perimetro della basilica di Collemaggio databile al 1904, in cui sono rappresentati i lavori in corso d'opera per la realizzazione di un nuovo padiglione per le alienate e due padiglioni di progetto, uno da destinare agli uomini e l'altro a cucina, tutti rimasti sulla carta⁹³.

Nella pagina successiva:
Manicomio di Collemaggio, pianta, prospetto e sezioni dei lavori da eseguire per il rifacimento dei bagni (1904) e stralcio della planimetria del fondo Antonini-Castiglioni (1910).





Dopo la suddetta serie di interventi, nel 1907 il manicomio annesso all'Ospizio di MendicITÀ consta di due reparti divisi per sesso, come testimoniato dallo stesso direttore Bellisari nella relazione.

Più precisamente il "Reparto Maschile" comprende:

- una sezione "tranquilli" da 110 posti, sistemata nel Palazzo dell'Esposizioni;
- una sezione "agitati e osservazione" da 27 posti, nel sito di Collemaggio;
- una sezione "frenastenici" da 15 posti, nel sito di Collemaggio;
- una Colonia agricola.

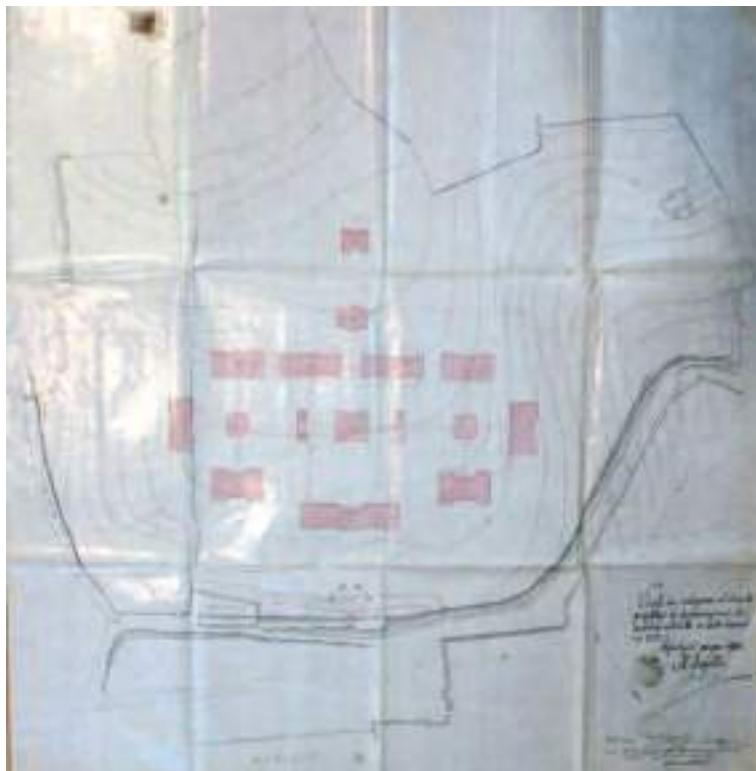
Il "Reparto Femminile" è invece ospitato in un solo padiglione a Collemaggio e comprende:

- a) una sezione “infermeria e osservazione” da 30 posti;
- b) una sezione “agitate e semi-agitate” da 100 posti;
- c) una sezione “tranquille lavoratrici” da 30 posti⁹⁴.

Come si vede, la consistenza dei fabbricati è quella determinata dai lavori del 1904, come è possibile rilevare anche dalla *Planimetria del fondo Antonini-Castiglioni con Manicomio annesso all’Ospizio di Collemaggio*, datata 1910⁹⁵.

IV.6 • L’Aquila. Il Progetto Ginocchietti

Il primo progetto per il nuovo manicomio dell’Aquila, redatto dall’ingegner Ginocchietti nel 1899, è descritto da due relazioni, la prima delle quali, datata 8 Aprile 1899, riporta la situazione della Sezione Manicomiale contenuta all’interno dell’Ospizio di mendicizia di Collemaggio, di cui evidenzia le cattive condizioni degli alienati ed in particolare l’utilizzo a dormitorio di alcuni locali interrati⁹⁶. Nella stessa sede il progettista propone che i circa 100 “cronici tranquilli” – degenti che a suo dire non dovevano essere internati in un ospizio né tantomeno in un manicomio – vengono sistemati nel fabbricato in corso d’opera a Collemaggio. La creazione di tale spazio di mediazione tra manicomio ed ospizio avrebbe così determinato una completa utilizzazione degli spazi disponibili, in modo che «del fabbricato di Collemaggio (...) non resterebbe parte alcuna per Manicomio». In merito allo schema da adottare per i nuovi corpi di fabbrica Ginocchietti giudica di difficile compimento la costruzione di un complesso manicomiale da 300 posti «a padiglioni sparsi ed insieme riuniti da gallerie» sui terreni contigui all’Ospizio di proprietà del barone Giovanni Petri; le diverse quote che il sito presenta rendono infatti necessarie cospicue opere di adeguamento che avrebbero inciso pesantemente sul costo di realizzazione del complesso. La morfologia del sito obbligava ad esempio a costruire il fabbricato principale, destinato all’Amministrazione, nell’angolo sud-est del sito, in modo che lo stesso sarebbe rimasto separato dagli altri edifici; gli stessi salti di quota avrebbero poi creato problemi legati alla sicurezza dei malati, con l’inevitabile incremento di personale addetto. In generale l’ingegnere ritiene impensabile realizzare nuovi fabbricati nelle immediate vicin-



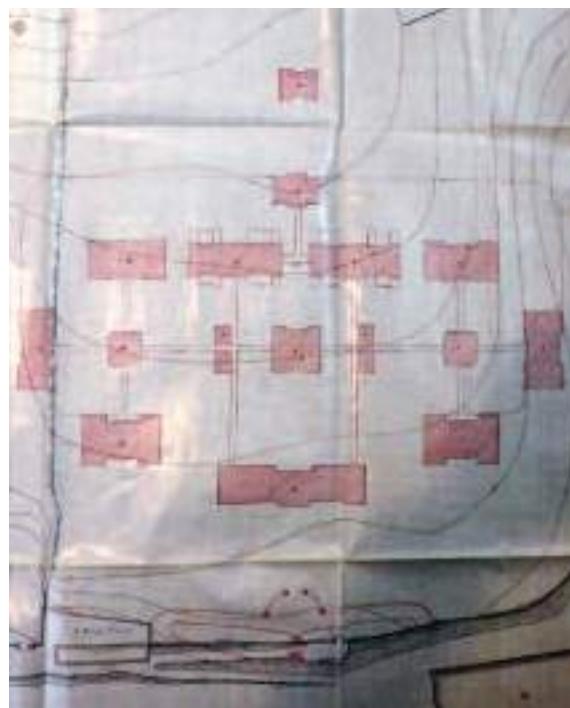
nanze dell’Ospizio, in quanto ciò avrebbe privato l’Ospizio stesso di «di aria, luce e sollievo», costringendone i malati al triste spettacolo del manicomio; allo stesso modo quest’ultimo sarebbe stato sottoposto allo sguardo curioso dei «mille occhi dell’Ospizio», che lo avrebbero reso privo di isolamento, libertà e quiete. Al contrario, i due istituti avrebbero dovuto essere collocati a breve distanza per usufruire di alcuni servizi in comune, purché la reciproca vicinanza non risultasse d’ostacolo nella missione che erano chiamati a svolgere. A tal fine il progettista propone di collocare nei locali dell’Ospizio la Direzione Amministrativa comune agli istituti, i magazzini delle grandi provviste, il guardaroba generale e la farmacia, nonché nei terreni adiacenti (ricchi di acqua sorgiva) la lavanderia che essi stessi avrebbero condiviso.

Sopra: Ing. Ginocchietti, *Progetto di massima per un Manicomio Provinciale nella Città di L’Aquila* (1899), planimetria generale.



I terreni che meglio si prestano a tali presupposti progettuali sembrano essere quelli degli eredi Capparelli, nonché l'appezzamento di proprietà Cito per i futuri ampliamenti. Essi presentano infatti un «dolce, uniforme pendio», risultano sot-

tratti alla «pubblica vista» e sono riparati dai venti provenienti da ovest, in corrispondenza della città consolidata. L'ubicazione prescelta consentirebbe inoltre di disporre i fabbricati in maniera simmetrica, creando effetti prospettici per abbellimento del complesso, che per propria natura richiede edifici privi di decorazioni, in merito ai quali l'architetto deve talvolta limitarsi ad identificare la collocazione più economica e funzionale dei reparti e dei servizi. La precedente scelta di ubicare il nuovo impianto nel fondo del barone Petri avrebbe comportato l'apertura dell'ingresso del manicomio nel muro di cinta della piazza di Collemaggio e la realizzazione di una modesta fac-



ciata nell'edificio principale, onde evitare il conflitto con quella importante testimonianza «dell'Arte Architettonica, che è il tempio di S. Maria di Collemaggio»⁹⁷.

Sui terreni delle proprietà Castelli (erede Capparelli) e Cito,

il manicomio sarebbe stato invece realizzato adottando lo schema dei "padiglioni sparsi avvicinati da gallerie", che Ventilj definisce "logge coperte d'unione" descrivendo il progetto redatto dall'ingegner Pignocchi per la struttura teramana⁹⁸. L'organismo proposto da Ginocchietti avrebbe ospitato 300 "dementi" e ricompreso tutti i servizi ritenuti necessari dalle analoghe progettazioni, ad esclusione della sezione "Cronici tranquilli" e dei servizi collocati nell'Ospizio, secondo quanto già descritto.

La parte amministrativa e sanitaria comprendeva dunque:

- a) la Direzione sanitaria,
- b) il comparto di "osservazione",
- c) il Dispensario e l'ambulatorio medico,
- d) la Cucina con legnaia, dispensa, refettorio e dormitorio per gli infermieri,
- e) la Cappella,
- f) il reparto necroscopico,
- g) il reparto idroterapico e elettroterapico.

Il reparto di degenza sarebbe stato invece articolato in:

- due padiglioni da 120 posti per "tranquilli",
- due padiglioni da 60 posti per "semi-agitati",
- due padiglioni da 60 posti per "paralitici e sudici",
- un padiglione da 30 posti per "furiosi",
- una colonia agricola per 10 "tranquilli lavoratori"⁹⁹.

Tutti i padiglioni impegnavano due livelli, ad esclusione di quello dei "furiosi", che, per motivi di sicurezza, sviluppava un solo piano con cortiletto di svago di pertinenza di ogni singola cella. In tutti gli altri padiglioni, nel primo livello erano sistemati refettorio, sala di soggiorno, bagni e celle d'isolamento e nel secondo dormitori, servizi, camere d'isolamento e di sorveglianza notturna, anche se nel piano terra del padiglione per "paralitici e sudici" era prevista anche un'infermeria. Ulteriori padiglioni per "rettanti" potevano infine essere costruiti all'interno del parco nella zona est del complesso. Secondo la stima calcolata dallo stesso ingegner Ginocchietti, l'intero progetto avrebbe comportato una spesa complessiva compresa tra le 300.000 e 390.000 lire.

Nella seconda relazione di progetto, redatta in data 30 Agosto

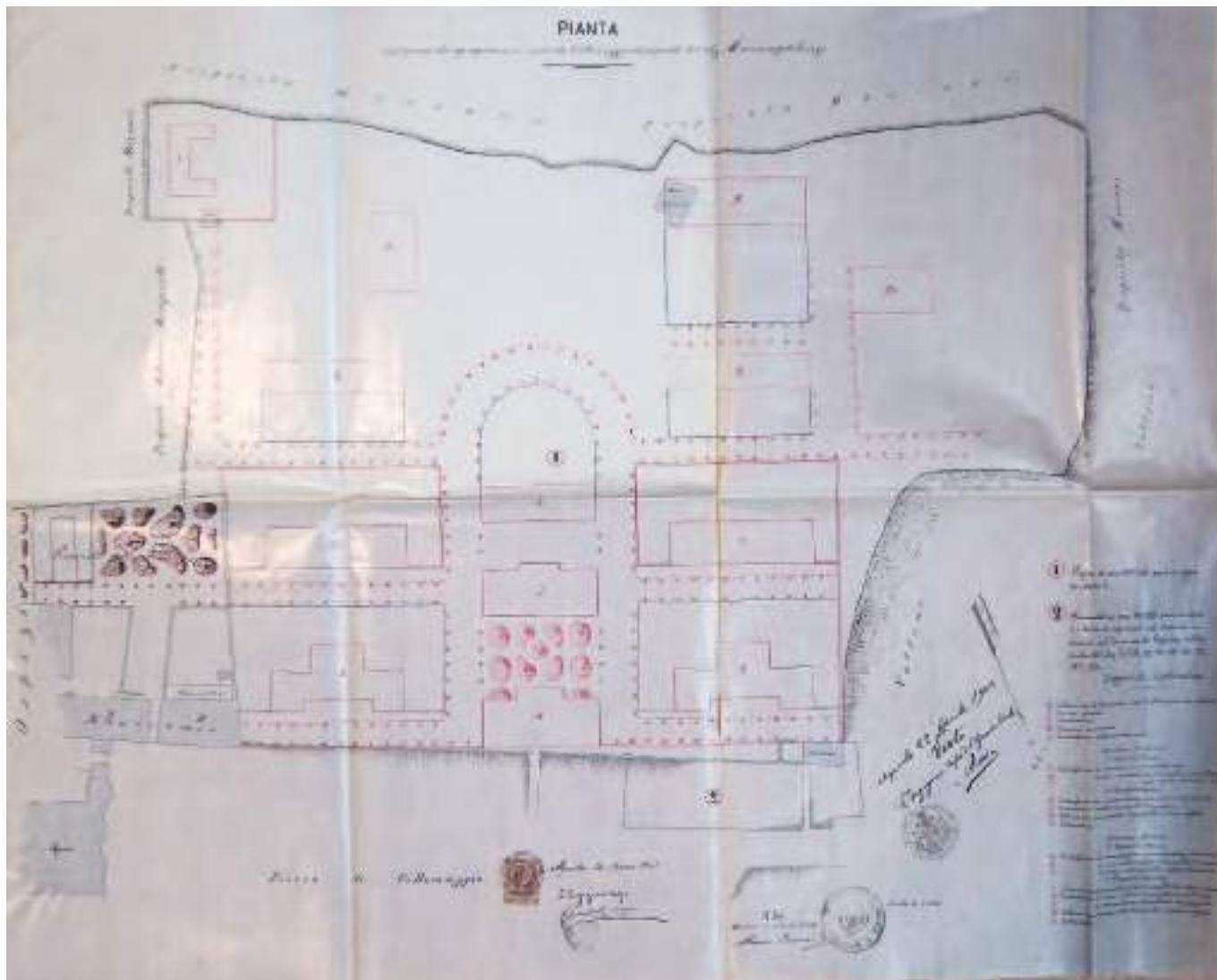
1899, Ginocchietti, dopo aver analizzato le statistiche della Provincia circa il numero e le categorie presenti, riporta dei dati più dettagliati riguardanti gli alienati da alloggiare, il cui totale era di 322 unità¹⁰⁰. I fabbricati avrebbero coperto, nel complesso, un'area di 30.000 mq, impegnando quasi completamente i terreni di proprietà Castelli e in piccola parte quelli di proprietà Cito, come riportato dalla planimetria del "Piano parcellare dei terreni da espropriare"¹⁰¹; la quota di superficie restante sarebbe stata adibita a colonia agricola. La planimetria generale allegata alla relazione mostra invece la distribuzione dei vari padiglioni, impostata su di uno schema simmetrico e sull'usuale divisione per sessi. Al centro sono collocati gli edifici in comune (nell'ordine il fabbricato dell'Amministrazione, la Cucina e il Padiglione Necroscopico), sull'asse trasversale dal centro (precisamente dalla Cucina) partivano delle gallerie che raggiungevano la Cappella, il padiglione per le terapie ed il padiglione per "paralitici e sudici". Dalla medesima galleria trasversale si diramavano altri due percorsi coperti che collegavano rispettivamente l'Amministrazione con il padiglione dei "furiosi" ed i padiglioni per "tranquilli" e per "semi-agitati" con il padiglione per le terapie. Il costo complessivo di questa seconda soluzione, necessariamente più alto della precedente, è stimato pari a 420.000 lire¹⁰². La seconda relazione reca il visto della Presidenza della Deputazione Provinciale in data 20 Novembre 1899 e quello del Prefetto del 12 Giugno 1900; alla stessa data con Decreto Prefettizio è disposto l'esproprio per pubblica utilità dei terreni di proprietà Castelli e Cito ed il progetto viene ufficialmente approvato con un termine ultimo per la riconsegna dei lavori fissato al 31 Dicembre 1904¹⁰³. Nonostante ciò, il progetto Ginocchietti non viene realizzato, principalmente a causa dell'elevato costo della costruzione, come afferma nell'Adunanza del Consiglio Provinciale del 10 dicembre 1902 il nuovo Presidente della Deputazione Mariano Iacobucci¹⁰⁴. Nel giudizio da questi formulato, tre erano i motivi della mancata attuazione dell'opera: la «troppa larghezza», i costi di realizzazione e il dubbio «sempre persistente» circa l'area su cui realizzare il complesso manicomiale.

Nella pagina a fianco: Ing. Ginocchietti, *Progetto di massima per un Manicomio Provinciale nella Città di L'Aquila* (1899), planimetria del piano parcellare dei terreni da espropriare e stralcio della planimetria generale.

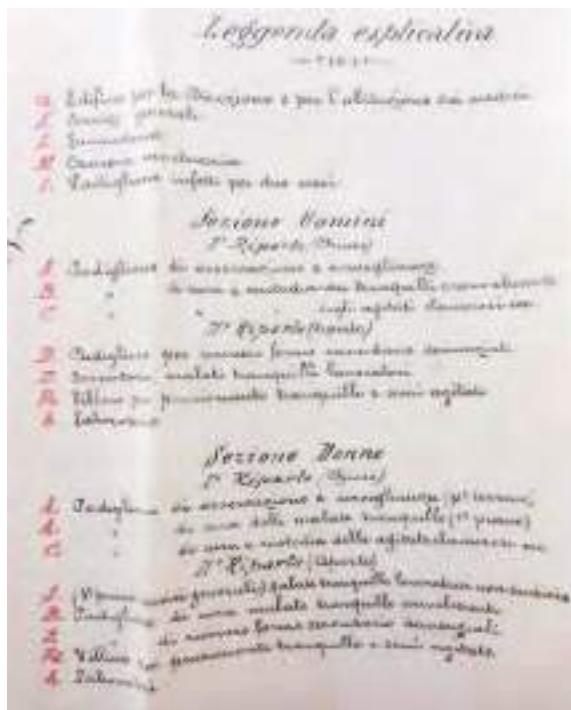
IV.7 • L'Aquila. I Progetti Rimini

Fin dall'inizio della sua Presidenza, durata dal 1902 al 1908, l'avvocato Mariano Iacobucci si adopera per la realizzazione del nuovo manicomio. Infatti nell'Adunanza del 10 dicembre

1902, dopo aver espresso le proprie osservazioni sul progetto Ginocchietti, egli ne propone una radicale riforma che, redatta in un opuscolo a stampa, viene consegnata ai Consiglieri Provinciali. Iacobucci propone quindi di ridurre sensibilmente il



numero dei fabbricati, da realizzarsi non più sui fondi Cito e Castelli ma sui terreni di proprietà di Luigi Marinangeli (erede Petri), divenuti adatti ad ospitare la costruzione manicomiale nella nuova versione. L'iniziativa è sostenuta dal direttore



Vespa e dai professori Bianchi, Lauger, Sciamanna, Mingazzini e De Santis, che hanno visitato la Sezione del Manicomio sistemata presso l'Ospizio di Collemaggio. Dopo un «amoroso dibattito» con i Consiglieri Palladini e Giacobbe, al termine dell'Adunata Iacobucci ottiene dal Consiglio Provinciale il mandato a riformare il progetto Ginocchietti ed a far redigere una nuova soluzione che preveda la realizzazione di un manicomio sui terreni di proprietà Marinangeli. Il nuovo organismo avrebbe compreso due padiglioni per la "Sezione uomini" ed altrettanti per la "Sezione donne" (ciascuno da 69 posti), un fabbricato per l'Amministrazione con annessa "osservazione",

più altri fabbricati per i "Servizi Generali" e per la Colonia agricola, nonché una lavanderia, un'infermeria per le malattie infettive e una sala mortuaria¹⁰⁵. Nella stessa Adunanza viene infine approvato il preventivo di spesa totale di 660.000 lire, delle quali 500.000 coperte da un prestito ottenuto dalla Cassa di Risparmio delle Province Lombarde.

Della redazione del progetto di massima viene incaricato l'Ingegnere Capo dell'Ufficio Tecnico Provinciale Guido Rimini il quale, attenendosi alle richieste del Consiglio, concepisce una struttura distesa su di una superficie territoriale di 473 are, per la quasi totalità appartenente al fondo Petri (ora proprietà Marinangeli); a tal riguardo, la sola camera mortuaria sarebbe sorta su di un suolo in possesso dell'Ospizio di Collemaggio¹⁰⁶. Come precisato nella relazione allegata alla "Planimetria di Progetto", la prima soluzione elaborata dall'ingegner Rimini prevede un complesso a schema simmetrico con "padiglioni isolati" privi di gallerie o loggiati di comunicazione, suddiviso in due grandi settori definiti rispettivamente "reparto aperto" e "reparto chiuso o clinica". Mentre il primo viene destinato alla Colonia agricola e industriale ed all'assistenza familiare, nel "reparto chiuso" viene attuato senza limitazioni il *no restraint* grazie alla costituzione di padiglioni destinati all'osservazione ed alla sorveglianza, nonché all'applicazione di tecniche quali clinoterapia ed idroterapia; di conseguenza possono essere abolite tutte le celle d'isolamento ("cellari"). Il progetto prevede l'insediamento di 420 alienati in origine ripartiti equamente tra uomini e donne; poiché fra gli alienati della Provincia prevalgono quelli di sesso maschile (185 contro 125 nel 1903), Guido Rimini propone di destinare tre padiglioni agli uomini (210 posti) e solo due alle donne (130 posti letto), prevedendo la costruzione di un successivo padiglione femminile da 80 posti letto.

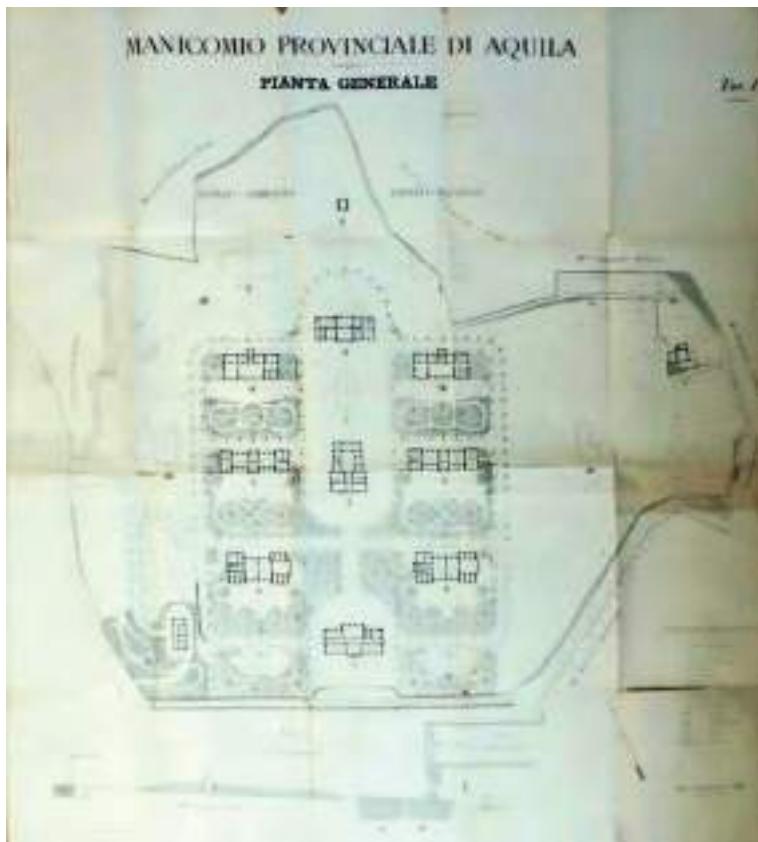
Nella planimetria sono evidenziati con una linea rossa continua gli edifici da realizzare prioritariamente: la "Direzione" con le abitazioni dei medici, i "Servizi generali" con la cucina, i fabbricati della "Lavanderia" e della "Stanza Mortuaria" nonché il "Padiglione infetti per i due sessi"; inoltre, sempre nel rispetto della divisione tra uomini e donne, sarebbero stati

Nella pagina a fianco e a sinistra: Ing. G. Rimini, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio per la Provincia di Aquila* (24 Marzo 1903), planimetria generale e leggenda.

In basso: Ing. G. Rimini, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio per la Provincia di Aquila* (10 Agosto 1903), planimetria generale e planimetria del piano parcellare dei terreni da espropriare.

costruiti subito anche i padiglioni destinati ad "Osservazione e sorveglianza", ai "Tranquilli e convalescenti" ed agli "Agitati clamorosi". Al contrario la costruzione dei fabbricati adibiti a "Laboratori" e i padiglioni per i "Pensionanti" era prevista in un secondo tempo. Va notato che le Sezioni maschili "Tranquilli e convalescenti" ("reparto chiuso") e "Tranquilli lavoratori" ("reparto aperto") vengono sistemate nei fabbricati dell'Ospizio di Collemaggio, mentre le malate "Tranquille lavoratrici non sudice" trovano alloggio al terzo piano del fabbricato dei "Servizi generali". La complessa articolazione del piano risulta necessaria al fine di economizzare le spese così

come previsto nel preventivo approvato dal Consiglio Provinciale, secondo il quale il costo complessivo dell'intervento, comprensivo delle somme per l'acquisto dell'area e per la realizzazione degli impianti, risulta essere pari a 657.409 lire. In data 24 marzo 1903 il piano di massima redatto dall'ingegner Rimini viene definitivamente approvato dalla Depu-tazione Provinciale, che nella medesima adunanza approva anche la stima relativa all'esproprio dei terreni di proprietà Marinangeli, al cui riguardo si richiede alla Prefettura la dichiarazione di pubblica utilità¹⁰⁷. Tuttavia l'avvio dell'opera appare nella sostanza ancora lontano, in quanto nella seduta



dell'8 Giugno 1903, a circa tre mesi dall'approvazione del progetto di massima, il Consiglio Provinciale discute ancora sull'area d'impianto del manicomio¹⁰⁸. Il problema sembra riacquistare vigore in seguito al parere espresso dall'illustre psichiatra Clodomiro Bonfigli¹⁰⁹ il quale, interpellato da Iacobucci in sede di redazione del progetto definitivo, nella sua relazione redatta in 28 Maggio 1903 aveva dichiarato che i terreni di proprietà Castelli e Cito risultavano idonei alla realizzazione di un manicomio modello, mentre quelli del fondo Marinangeli lo sarebbero divenuti solo con l'aggregazione dei fondi confinanti di proprietà Antonini e Mazara. Il Presidente Iacobucci propone quindi di revocare l'acquisto del fondo Petrini (ora Marinangeli) deliberato nell'Adunanza del dicembre 1902, a favore dell'acquisto dei terreni di proprietà Castelli e Cito. Nonostante il consigliere Palladini reiteri la propria opposizione, la proposta di cambio d'acquisto dell'area viene approvata con 30 voti a favore su 31 votanti¹¹⁰. Guido Rimini deve quindi modificare il progetto, adattando il manicomio alla nuova area. Nella "Relazione sommaria" del secondo progetto, l'ingegnere precisa però che, per la realizzazione del Manicomio Provinciale, sussiste la necessità dell'esproprio totale dei fondi Castelli e Cito¹¹¹; il manicomio avrebbe così conservato lo schema "a padiglioni isolati", la colonia agricola ed i laboratori industriali, ma avrebbe ospitato circa 260 malati, pur con la prospettiva di futuri ampliamenti, in forza della quale i servizi generali vengono calcolati per un'utenza maggiore di quella immediatamente alloggiata. Allo stesso modo si sarebbe continuato ad utilizzare gli spazi annessi all'Ospizio di Collemaggio, che allora ospitavano 150 "dementi". In conclusione, il costo totale per la costruzione stimato dal progettista risulta essere di 600.000 lire, inferiore a quello della precedente soluzione.

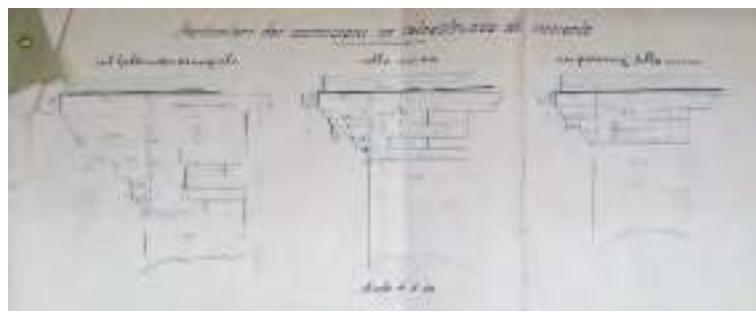
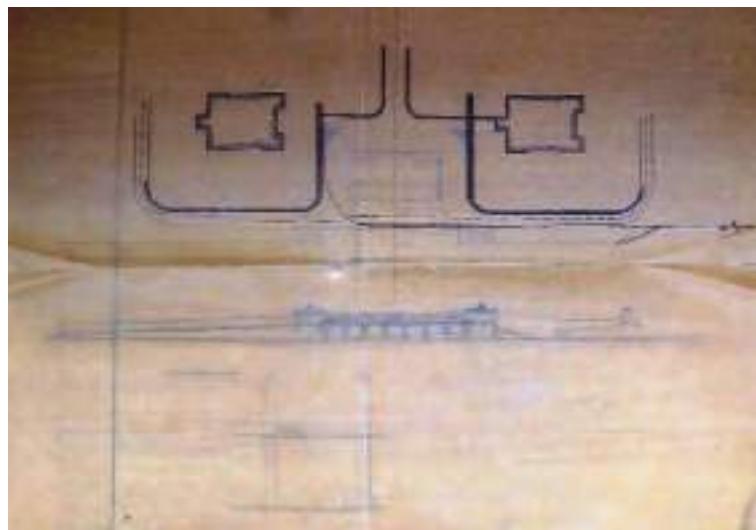
La Planimetria Generale allegata alla "Relazione sommaria di progetto" mostra una distribuzione rigidamente razionale dei "padiglioni sparsi o isolati", in cui la sezione maschile e quella femminile sono disposte ai lati dell'asse di simmetria costituito dalla sequenza longitudinale dei seguenti fabbricati per servizi:

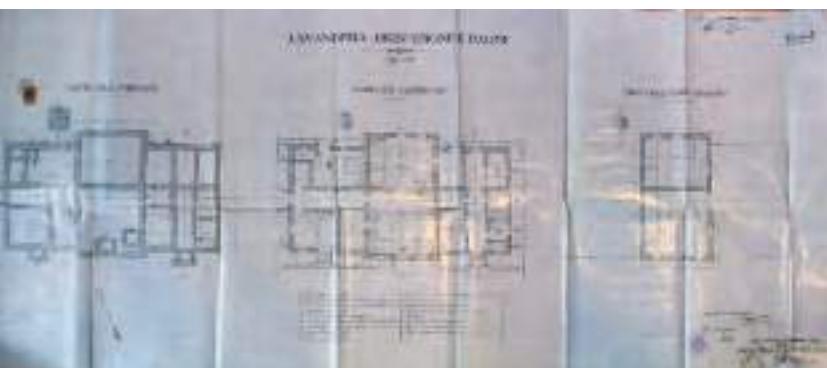
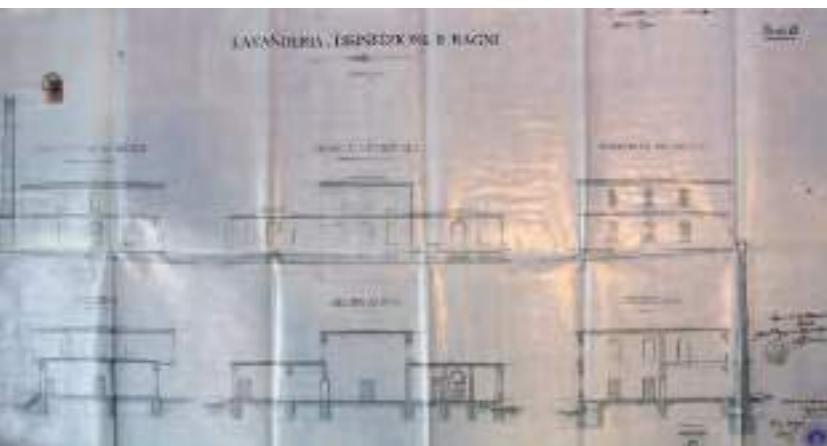
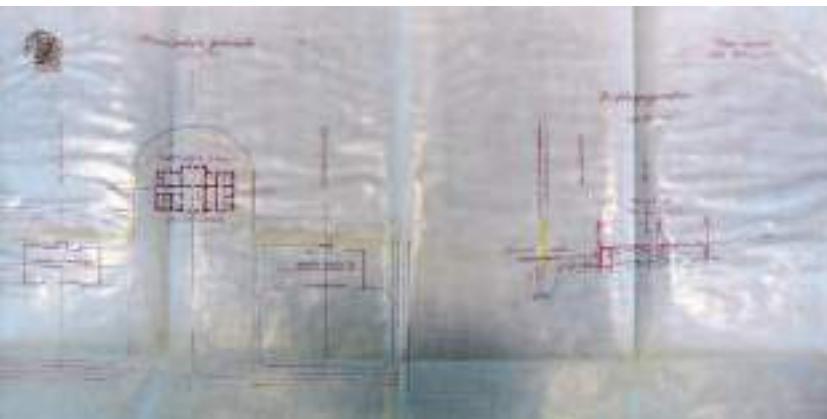
- a) "Direzione";
- b) "Servizi Generali";
- c) "Forno e pastificio" (da realizzarsi successivamente);
- d) "Lavanderia, disinfezione e bagni",
- e) "Torre-serbatoio".

I fabbricati destinati a "Camera Mortuaria", "Officine", "Porcilaia" e "Casa colonica" non sembrano invece rispettare l'ordinamento simmetrico.

Come detto, i reparti sono collocati ai lati dell'asse dei servizi secondo la distinzione per sesso, e presentano i seguenti padiglioni, elencati nell'ordine d'impianto:

In basso: Ing. G. Rimini, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio per la Provincia di Aquila* (10 Agosto 1903), schizzi e particolare dei cornicioni





- “Infermeria”, posto prima della “Direzione” (da realizzarsi successivamente);
- “Osservazione”, tra la “Direzione” e i Servizi Generali”;
- “Tranquilli”, all’altezza dei “Servizi Generali”;
- “Agitati e semi-agitati”, tra i “Servizi Generali” e la “Lavanderia, disinfezione e bagni”;
- “Sudici”, posto dopo la “Lavanderia, disinfezione e bagni” (da realizzarsi successivamente).

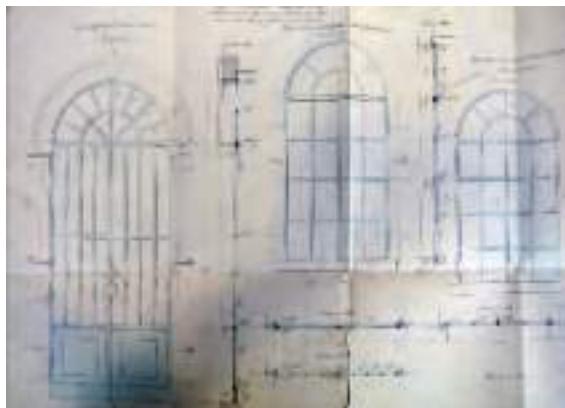
Inoltre un villino per “Pensionari” è collocato nella parte più esterna all’asse principale, all’altezza dei padiglioni per “Tranquilli”, mentre due sezioni per “Dementi” sono sistemate all’interno dei padiglioni dell’Ospizio. La stessa planimetria, recante però i soli edifici di immediata realizzazione, è allegata al Piano Parcellare dei terreni da espropriare assieme alle piante degli edifici che insistono sui terreni del signor Vincenzo Castelli e del conte Roberto Cito¹¹². Per tali terreni il Prefetto Giuseppe Fioretti il 22 Dicembre 1903 decreta un ulteriore esproprio per pubblica utilità a seguito della richiesta dal Presidente della Deputazione Provinciale il 9 novembre precedente¹¹³; nello stesso provvedimento viene stabilito come termine ultimo per la riconsegna dei lavori il 22 Dicembre 1906¹¹⁴. La ricerca svolta presso l’Archivio di Stato dell’Aquila ha rivelato l’esistenza di alcuni schizzi di dettaglio, attribuibili all’ingegner Rimini, riguardanti l’ingresso del manicomio ed i cornicioni degli edifici per i servizi che evidenziano, già in questa fase, la particolare cura prestata alla veste architettonica della “Direzione”, ovvero l’edificio principale cui viene attribuito il valore di significante dell’intero istituto manicomiale¹¹⁵.

IV .8 • L’Aquila. I progetti esecutivi dei primi padiglioni

Dopo l’inizio dei lavori di sistemazione generale del terreno, appaltati all’Impresa Quajanni in data 16 Aprile 1904, il primo progetto esecutivo riguarda il padiglione “Lavanderia, Disinfezione e Bagni”, firmato il 23 settembre successivo¹¹⁶. In relazione l’ingegner Rimini precisa che l’edificio viene realizzato un po’ più a monte rispetto a quanto previsto nel progetto di massima a causa della natura del sito d’impianto, che in

quel punto risulta eccessivamente argillosa. Tale spostamento determina anche la modifica del tracciato del retrostante emiciclo alberato che chiude l'asse dei servizi, come dimostra la planimetria allegata.

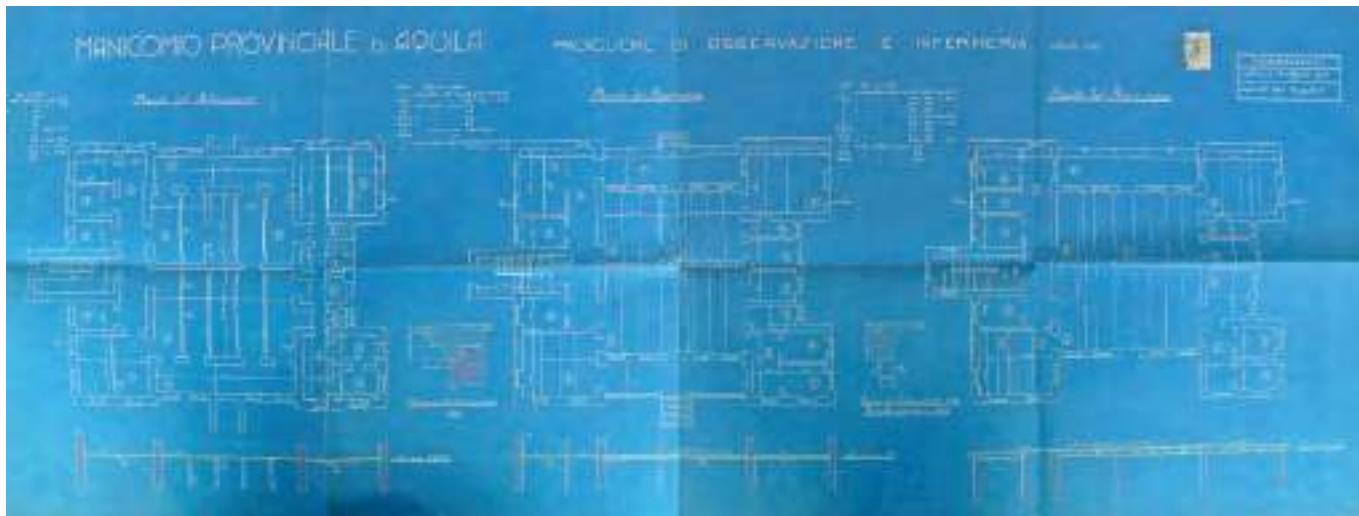
I servizi sono collocati nello stesso fabbricato ma con diversi ingressi: ai "Bagni" e alla "Disinfezione" si accede da due aperture collocate sul piano terra del fronte principale, mentre nella "Lavanderia", sviluppata su due livelli, si entra da un ingresso laterale posto a ovest. Tale differenza di livelli si evince anche dal modesto assetto del fronte principale, con due bassi corpi laterali ed un volume centrale svettante, tutti scanditi nei prospetti da aperture a profilo semicircolare delle quali si conservano gli schizzi¹¹⁷. Altra minima soggettivazione è poi costituita dai piccoli fastigi rettangolari recanti le denominazioni dei servizi ospitati nel corpo di fabbrica¹¹⁸. I lavori, eseguiti dall'impresa Ceci Alfonso, sono diretti dall'"Ingegnere di reparto" Domenico de Matteis e si concludono senza notevoli modifiche rispetto al progetto esecutivo se non nel prezzo, ulteriormente ribassato. La riconsegna dei lavori, stabilita per il 27 marzo 1905, viene prorogata due volte sino al 7 Novembre seguente; va fatto notare a proposito che il 10 Ottobre

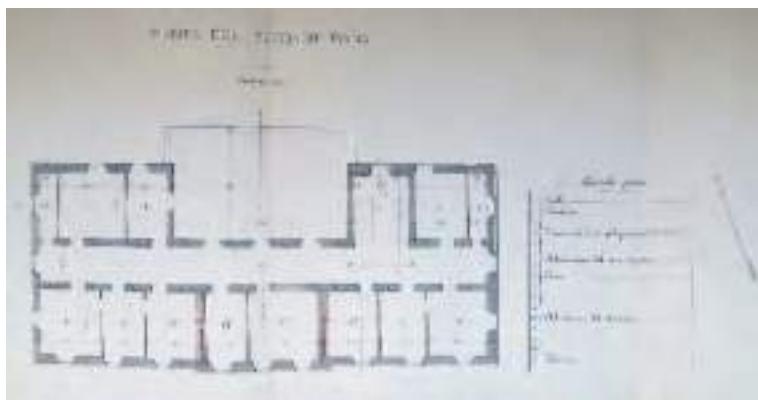
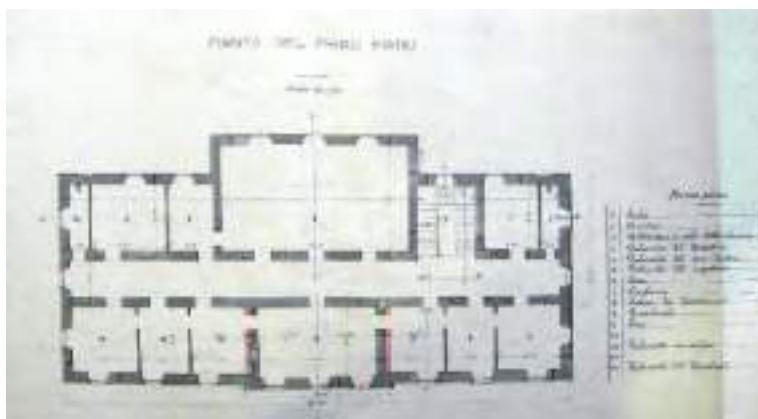
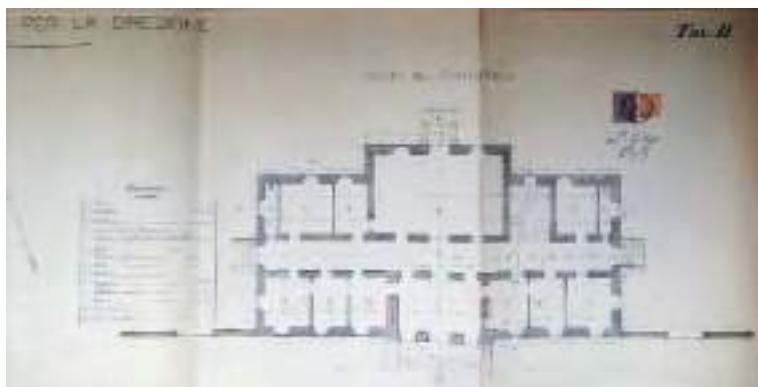


Nella pagina a fianco e a sinistra: Ing. G. Rimini, *Progetto definitivo del fabbricato Lavanderia, Disinfezione e Bagni* (23 settembre 1904), planimetria generale e profilo, prospetti e sezioni, piante e particolari.

In basso: Ing. G. Rimini, *Progetto esecutivo padiglione Osservazione e Infermeria del Manicomio Provinciale di L'Aquila*, piante redatte dalla ditta Odorico (18 Agosto 1906).

1905 il programma delle opere subisce una modifica a causa dei lavori aggiuntivi di arrotondamento degli angoli interni dell'edificio, eseguiti a garanzia della sicurezza delle alienate che avrebbero lavorato nella lavanderia. I lavori in *béton armato*, quelli di decorazione e di realizzazione della copertura in *Holzement* vengono invece eseguiti dalla ditta Odorico & C. di Milano, in applicazione del contratto stipulato il 15 Luglio 1905 che affida alla ditta la costruzione dei due padiglioni





per "Agitati e semi-agitati", ancora in programma¹¹⁹. La stessa ditta realizza il padiglione di "Osservazione e Infermeria" su progetto definitivo che Guido Rimini firma il 15 Marzo 1906¹²⁰. Dagli elaborati grafici risulta come quest'ultimo padiglione venga eseguito in difformità rispetto alle indicazioni del progetto di massima, che prevedeva un edificio su due livelli costituito da un corpo centrale e due ali laterali contenenti le celle d'isolamento¹²¹; in fase esecutiva il padiglione mostra invece una pianta in cui lo spazio tra il corpo centrale e le ali presenta una loggia nella parte a nord ed un patio in quella a sud. Inoltre l'ingresso è stato spostato sul fronte principale



verso Mezzogiorno ed un secondo accesso ricavato nella parte posteriore, mentre le celle d'isolamento risultano ruotate di 90 gradi rispetto alla disposizione originaria, come confermato anche dalle piante redatte a cura della ditta Odorico & C. in data 18 Agosto 1906.

Il progetto esecutivo del fabbricato della "Direzione" è invece opera dall'ingegner Camillo Tranquilli, come risulta dagli elaborati grafici da lui firmati in data 13 Novembre 1904¹²², che descrivono un edificio identico a quello contenuto nel Progetto di massima: un fabbricato a pianta rettangolare con l'ingresso marcato da un atrio porticato preceduto da una scalinata alta quanto lo zoccolo di base. L'edificio presenta in totale quattro

accessi, posti lungo gli assi di simmetria. Di tutti gli ambienti, serviti in ogni piano da un lungo corridoio collocato sull'asse trasversale, il più vasto risulta quello posto in asse con l'atrio ed aggettante dal filo posteriore, che contiene al piano terra l'oratorio, al primo piano il salone dei divertimenti mentre all'ultimo si trasforma in grande terrazzo. Sulla destra del suddetto volume è collocato il corpo scale, cui si accede dal suddetto corridoio.

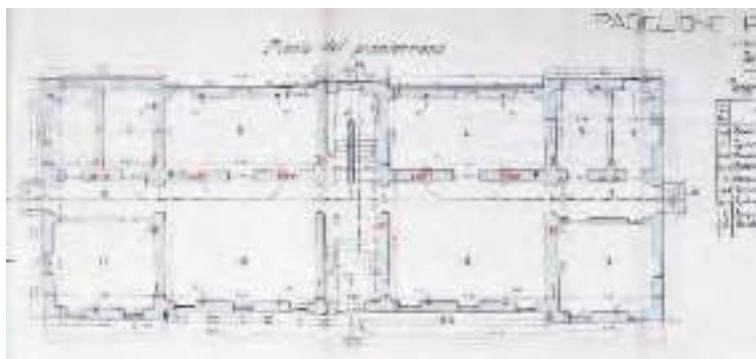
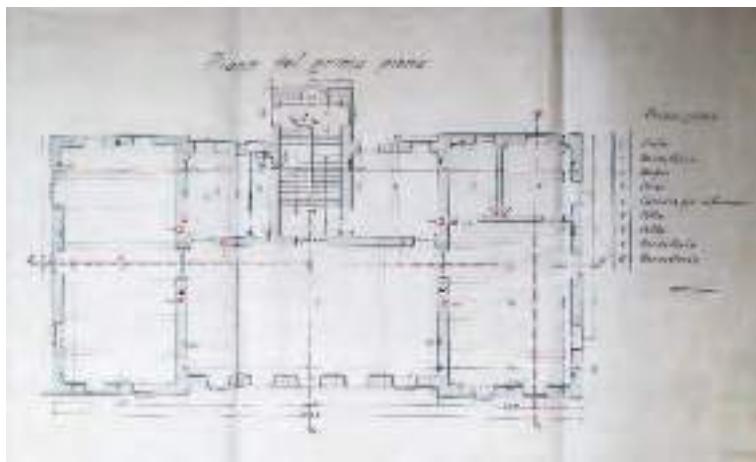
Va notato che le stanze che prospettano sul fronte principale sono tra loro comunicati ed al piano terra direttamente accessibili dall'atrio: verso destra sono collocati i locali della portineria con annesso alloggio del portiere, a sinistra gli uffici dell'Economato. Al primo piano, in corrispondenza dell'atrio d'ingresso vi è la parte più istituzionale di tutto il complesso manicomiale, costituita dalla sala delle adunanze e dalla biblioteca, nonché gli uffici della direzione ed i gabinetti scientifici, mentre l'ultimo livello è completamente occupato dagli alloggi del direttore e dei medici.

Gli esterni confermano la maggiore enfasi attribuita alla porzione centrale, lievemente sporgente. Il prospetto principale appare tripartito sia verticalmente che orizzontalmente: nel primo caso i tre livelli sono caratterizzati dal bugnato liscio del piano terra, dalla fascia marcadavanzale del primo e dalla cornice di coronamento dell'ultimo, sormontata da un basso parapetto continuo ornato nella parte centrale dal fastigio curvo con simbolo della Provincia e dalla scritta "Manicomio Provinciale". La gerarchia funzionale è leggibile anche dal trattamento delle aperture: al piano terra si apre un triplice fornice a profilo semicircolare, fiancheggiato da semplici aperture rettangolari prive di cornici, al primo piano finestre di gusto neocinquecentesco si impostano sulla fascia marcadavanzale ed al secondo tre serie di finestre, in asse con le aperture dei livelli inferiori, presentano eleganti modanature anch'esse di respiro neorinascimentale. Verticalmente i tre corpi sono invece divisi da lesene a bugna piatta negli spigoli del secondo e terzo livello, che marciano tanto l'aggetto della parte centrale che gli angoli cantonali. Mentre sono incorso i lavori di realizzazione dei padiglioni della "Lavanderia, Di-

sinfezione e Bagni", dell'"Osservazione e Infermeria" e della "Direzione", iniziati nel 1904, a partire dal 1905 e per altri quattro anni il Consiglio Provinciale dibatte «ancora lungamente» sul «problema del completamento» del frenocomio aquilano¹²³. Il 7 Giugno 1909 il Consiglio delibera infatti lo stanziamento di 920.000 lire «per la sistemazione definitiva del Manicomio Provinciale, riservandosi espressamente l'approvazione dei progetti tecnici»¹²⁴.

Si tratta in sostanza degli elaborati esecutivi per la realizzazione dei padiglioni per "Agitati e Semi-agitati" e per "Tranquilli", redatti l'8 marzo 1908 dall'ingegner Guido Tortora subentrato

Nella pagina a fianco: Ing. C. Tranquilli, Progetto esecutivo edificio della Direzione del Manicomio Provinciale di L'Aquila (13 novembre 1904), piante piano terra, primo e secondo piano e prospetto facciata principale.



Nella pagina precedente: Ing. G.Tortora, *Progetto esecutivo padiglione per Agitati e Semi-agitati del Manicomio Provinciale di L'Aquila* (8 marzo 1908), piante piano primo e piano terra.

a Guido Rimini trasferitosi a Perugia per dirigere l'Ufficio Tecnico Provinciale. Dalle piante del progetto esecutivo del padiglione per "Agitati e Semi-agitati"¹²⁵ si deduce come lo stesso venga realizzato secondo quanto descritto nella Pianta Generale redatta da Rimini, tranne le scale di collegamento al giardino, che ora sviluppano una sola rampa. La distribuzione degli ambienti è infatti identica a quella progettata nel 1903: all'ingresso si incontra subito il vano scala che collega il seminterrato al piano terra, ove trovano luogo la grande sala di soggiorno (con accesso diretto al giardino), il refettorio, i vari servizi e alcune celle. Altre celle sono sistemate al primo piano assieme ai dormitori ed alle stanze in cui possono alloggiare gli infermieri, che in tal modo sono in grado di sorvegliare i malati anche di notte. È il caso di notare che anche in questo edificio, come nel reparto di "Osservazione", tutti gli angoli e gli spigoli interni risultano arrotondati. L'ampio grande padiglione per "Tranquilli", sviluppato tre livelli più un piano seminterrato, presenta invece alcune leggere variazioni rispetto al Progetto di massima¹²⁶. Guido Rimini aveva infatti previsto un vano scala più largo e due spazi porticati posti ai lati del vestibolo centrale, creando così un effetto di continuità con le sale di soggiorno, allo scopo di creare uno spazio aperto in cui i malati potevano sostare durante la stagione invernale. Inoltre l'accesso all'edificio dal viale interno del manicomio era consentito da una porta situata su uno dei lati corti dell'edificio. Nel progetto esecutivo si nota invece come l'ingresso principale risulti spostato nel punto in cui

prima era l'uscita sul giardino, il vano scala sia stato ridotto e gli spazi porticati del tutto chiusi. Al piano terra restano comunque la sala di soggiorno, il refettorio, i laboratori ed i servizi igienici, mentre nei due livelli superiori (perfettamente identici) trovano luogo i dormitori (da 4, 6 o 9 posti), i servizi igienici e la stanza degli infermieri, posta al centro per meglio sorvegliare i malati¹²⁷.

Nel 1915, nel breve lasso di tempo che intercorre tra il terremoto della Marsica e l'entrata in guerra, il nuovo Manicomio Provinciale dell'Aquila viene finalmente inaugurato. Il complesso, la cui estensione totale è pari a 20 ettari, di cui 0,46 coperti da fabbricati, comprende sei padiglioni di degenza, dei quali due destinati ad "Osservazione e Infermeria", altrettanti agli "Agitati e Semi-agitati" ed altri due ai "Tranquilli"; l'organismo è poi completato dal fabbricato della "Direzione" (cui viene annesso anche quello dei "Servizi generali"), dal corpo di fabbrica della "Lavanderia, Disinfezione e Bagni", dalla torre serbatoio e da alcuni edifici della "Colonia agricola"¹²⁸. Alla direzione del nuovo istituto sino al 1939 siederà il prof. Francesco Del Greco, autore tra 1922 e 1923 di due saggi che susciteranno grande interesse in campo nazionale, nei quali questi sostiene la necessità di una riforma del pensiero psichiatrico rivolta ad istituire un più stretto rapporto della psichiatria con la medicina generale¹²⁹.

IV.9 • L'Aquila. L'apertura del Reparto Neurologico

Verso la fine degli anni Trenta il Manicomio Provinciale del-



A destra: L'Aquila, Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico, foto d'epoca (1942).



l'Aquila diviene oggetto di numerosi cambiamenti, dei quali il più importante risulta senz'altro l'istituzione del Reparto Neurologico, voluto dal Prof. Marino Benvenuti, nuovo direttore sanitario dal 1939. Il nuovo reparto, il secondo del genere in Italia dopo quello sorto nel 1926 ad Arezzo, viene istituito con delibera dell'Amministrazione Provinciale in data 31 Agosto 1939 ed inaugurato il 28 Ottobre seguente¹³⁰. Da quel momento il Manicomio Provinciale muta la denominazione in quella di "Ospedale Neuro-psichiatrico", il che non rappresenta «una semplice modificazione di nomenclatura»¹³¹, ma piuttosto il segno evidente che anche in territorio abruzzese si adottano sistemi alternativi a quelli invalsi sino a quel momento. La sezione Neurologica viene però sistemata nell'ala destra del padiglione centrale, destinato originariamente alla "Direzione", occupandone per intero il secondo e terzo livello. Per avere un'idea della portata di tale istituzione e dei riflessi sugli aspetti tecnico-distributivi della progettazione, basta ricordare che mentre la formale ammissione o dimissione dei malati di mente doveva essere autorizzata dall'Autorità di Pubblica Sicurezza, ai soggetti con problemi neurologici era concesso di accedere liberamente al reparto. In tal senso il distacco dagli altri fabbricati del padiglione prescelto per ospitarli e la presenza continua dei medici alloggiati assicuravano ai malati la necessaria riservatezza e la possibilità di una con-

tinua sorveglianza. Il nuovo reparto, cui si accede da una scala posta alla destra dell'ingresso, presenta ancora una volta la divisione per sessi ed include camere indipendenti per un totale di 23 posti letto, una stanza di soggiorno con biblioteca oltre a stanze da bagno e servizi igienici.

Nel frattempo, per risolvere il problema del sovraffollamento che affligge l'Ospedale Psichiatrico, i cui reparti ospitano un numero doppio di malati rispetto a quello previsto in progetto, si realizza il nuovo padiglione delle dimensioni di m 34 x 22, aperto ufficialmente il 28 ottobre 1940 e sottoposto alla direzione amministrativa di Tullio De Rubeis¹³². Il vasto fabbricato è destinato al reparto "Il Uomini", in cui sono alloggiati 90 alienati che in tale edificio potevano esercitare un mestiere, svagarsi e dormire. In tal senso il piano terra ospita il Dopolavoro con sala di lettura, sala biliardo e cinematografo-teatro da 150 posti, al primo si trovano i laboratori di calzoleria, sartoria, legatoria e piccolo artigianato ed al secondo i quattro grandi dormitori.

Nel primo dopoguerra la disastrosa condizione del Paese consente di attuare interventi di ridotto numero e portata; si eseguono infatti solo opere di miglioramento nelle cucine generali, nella colonia agricola e nelle officine¹³³. Dopo il 1950 viene invece terminata la costruzione del "III Uomini", ristrutturata la Casa di Riposo, rimodernati gli impianti delle cucine e della lavanderia, nonché quelli termici dell'edificio centrale e radiologici. Inoltre sono costruite nuove officine, un padiglione per i "Servizi di diagnostica e terapia speciale" ed infine la chiesa. I vari padiglioni sono sottoposti ad interventi di adeguamento alle nuove esigenze igieniche, consistenti principalmente nella realizzazione di altri bagni e docce, mentre i piani seminterrati, essendo stato sostituito l'impianto di riscaldamento a carbone con quello a nafta, vengono trasformati da carbonaia in ambienti di soggiorno.

A sinistra: L'Aquila, Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico, il divisione uomini, facciata anteriore, foto d'epoca (1942).

In basso: L'Aquila, Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico, il divisione uomini, facciata posteriore con ingresso del dopolavoro, foto d'epoca (1942).



Note

1. *Copia della bolla di esenzione del vescovo aprutino Nicolò degli Arcioni a favore dell'Ospedale di S. Antonio Abate in Teramo*, Archivio di Stato di Teramo (da questo momento ASTe), Luoghi Pii Laicali, Corrispondenza, vol. 5, b. 290, f. 406.
2. C. CAPPELLI, R. DE LAURENTIIS, *Storia dell'Ospedale Civile di Teramo o dell'Ospedale S. Antonio Abate*, "Il Bollettino dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Teramo", n. 3, anno VI (1998), p. 16.
3. F. SAVINI, *L'ospedale di S. Antonio Abate in Teramo e le sue vicende storiche ed economiche*, ivi, 1902, p. 11. Per le vicende storiche dell'ospedale teramano fino alla nascita della sezione manicomiale si fa riferimento a tale testo. A sua volta, nel ripercorrere la storia dell'ospedale di Teramo Savini fa riferimento a N. PALMA, *Storia ecclesiastica e civile della regione più settentrionale del Regno di Napoli*, Teramo, 1832 (ed. più recente Teramo, 1981).
4. Del documento non esiste l'originale e neppure la copia legale del 13 Febbraio 1470, ma due copie egualmente legali del 1791 e del 1819, pubblicate anche in PALMA, *Storia ecclesiastica...*, cit. Nelle citazioni si fa riferimento alla copia del 1819 conservata presso ASTe (cfr. *Copia della bolla di esenzione ...*, cit.).
5. SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 11. Savini fa riferimento ad una bolla del 1300 di Bonifacio VIII conservata presso l'Archivio Segreto Vaticano che cita «*Valentinum Andree Prepositum*».
6. «Noi, Nicola, Vescovo Aprutino per grazia divina e apostolica, a te, diletto in Cristo, Bartolomeo di Zalfone, ospedaliere di S. Antonio in Teramo, salute in Dio. Poiché tu, ispirato dal favore di Dio, nelle case da te possedute nella città di Teramo ed acquistate a giusto titolo per devozione dei fedeli e specialmente per il contributo di alcuni beni del fu don Valentino di buona memoria, canonico Aprutino, hai di recente con nostra autorizzazione ricostruito l'ospedale di S. Antonio, affinché i poveri e gli ammalati, ivi dimorando per il presente ed il futuro, servano in devota umiltà l'Altissimo Creatore (...)» (*Copia della bolla di esenzione*, cit.).
7. SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 6. A Teramo quello di S. Antonio Abate non è l'unico ospedale sorto in questo periodo, dato che Savini ricorda anche l'ospedale di S. Spirito menzionato dall'Antinori fin dal 1318 (dipendente dal romano S. Spirito in Sassia) e quello di S. Matteo esistente già nel 1385 e abolito nel 1538.
8. Secondo Savini le case non erano di proprietà dello Zalfone e che con «*domibus tuis in Civitate Terami*» dovevasi intendere che questi fosse amministratore delle case medesime (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., pp. 9 e 12).
9. Ivi, p. 5.
10. Ivi, p. 6. Grazie a scavi recenti è possibile affermare che l'antica cattedrale di Santa Maria Aprutiensis fu in effetti una chiesa paleocristiana del VI secolo, poggiante con i lati sud ed ovest su fondamenta di epoca romana. La chiesa, a pianta rettangolare a tre navate, absidata sul lato ovest e corredata da pastoforia, subì degli interventi edilizi nel IX secolo e una ricostruzione nel XIII. Assunse inoltre il titolo di San Getulio nel 1175, dopo che i resti mortali di San Berardo, fino ad allora custoditi all'interno della chiesa, furono traslati nel duomo di Teramo. La chiesa prese infine il nome di Sant'Anna dei Pompetti dalla famiglia proprietaria di un palazzo adiacente, entrata in possesso del fabbricato nel XVIII secolo. Sulla storia dell'edificio, degli scavi passati e di quelli recenti cfr. F. ACETO, *L'antica cattedrale di Santa Maria Aprutiensis* in IDEM, [et al.], *Teramo e la valle del Tordino*, in *Documenti dell'Abruzzo Teramano*, VII, 2, Chieti, 2006. G. ANGELETTI, *Il sito di Santa Maria Aprutiensis: lo scavo* in F. ACETO [et al.], *Teramo e la valle...*, cit.
11. Cfr. F. SAVINI, *Liber censualis del 1348 del Capitolo Aprutino*, Roma, 1901.
12. Il pranzo consisteva in 10 rotoli di carne di maiale (circa 9 kg) e in una focaccia di farina. La prestazione fu in effetti sempre pagata e solo dopo il 1811, anno in cui l'amministrazione passa alla Commissione degli Ospizi, sarà commutata in denaro. Nel 1870 la Congregazione di Carità si opporrà a tale debito, che gli verrà di nuovo imposto a partire dal 1882 (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., pp. 12-13).
13. Ivi, pp. 13-14. Negli Statuti Teramani appare per la prima volta la Porta S. Antonio; è appunto nella seconda metà del XV secolo che viene realizzata la cinta muraria della "città nova" (Cfr. IDEM, *Sugli Statuti Teramani del 1440*, Firenze, 1889).
14. La vertenza si risolse solo nel 1747 quando Sabiano, Arcidiacono di Tesselonica, si pronunciò a favore del Capitolo Aprutino (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 15).
15. *Visita dell'ordinario diocesano il Monsignor Ricci* (1853), conservata presso conservato presso l'Archivio del Vescovato di Teramo riportata in A. MERLINI, *L'Ospedale Civile dalle sue origini fino ad oggi*, Teramo, 1931, p. 13 e ss.
16. CAPPELLI, DE LAURENTIIS, *Storia dell'Ospedale Civile ...*, cit., p. 17. Il Regolamento, conservato presso l'Archivio Vescovile di Teramo, è ripor-

- tato per intero dal Savini (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 48).
17. CAPPELLI, DE LAURENTIIS, *Storia dell'Ospedale Civile ...*, p. 18.
 18. «[Respinge la] richiesta di trasformazione, trattandosi di un luogo pio meramente ecclesiastico, come è tale Ospedale e di trovarsi le sue rendite destinate a opere pie come volere del suo Fondatore, la cui volontà deve essere appunto osservata» (trad. *Real dispaccio di Carlo III Re di Napoli del 18 Settembre 1756*, Copia Conforme, ASTe, Luoghi Pii Laicali, corrispondenza vol. 5, b. 285, f. 347).
 19. Con il breve *Rerum humanarum condicio* del 24 marzo 1777, Pio VI aveva infatti ratificato l'aggregazione dei beni del soppresso Ordine di S. Antonio di Vienne all'Ordine Costantiniano concessa da Ferdinando di Borbone Re di Napoli e Sicilia.
 20. Gioacchino Murat, divenuto Re di Napoli il 1° agosto 1808, con un decreto reale del 1813 trasforma il convento della Maddalena ad Aversa in stabilimento "speciale per gli alienati" destinato agli uomini. Sull'argomento cfr. D. STRIGLIONI NE' TORI, *Le istituzioni di beneficenza durante il decennio francese nella provincia di Abruzzo Ulteriore Primo*, in *Rivoluzione francese e governo napoleonico in Abruzzo (1789-2815). Dalla Rinascenza Teramana al Riformismo Murattiano*, Teramo, 1992.
 21. *Regio Decreto del 1° Febbraio 1816, Regio Decreto del 29 Febbraio 1816*, ASTe, Luoghi Pii Laicali, corrispondenza vol. 5, b. 285, f. 359.
 22. *Supplica dell'arcidiacono Nicolò Tamburini*, *ibidem*.
 23. Con Regio Decreto del 28 Ottobre 1831 vengono istituiti due ospedali distrettuali, uno a Teramo, l'altro a Penne (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 17).
 24. Dal 1830 al 1861 si susseguono i seguenti amministratori dell'ospedale: Urbani, Pompetti e Manoia (SAVINI, *L'ospedale ...*, cit., p. 20).
 25. Cfr. B. COSTANTINI, *Vantaggi, necessità e mezzi di fondare un Ospedale nel nostro Paese*, Teramo, 1861.
 26. Ivi, p. 4.
 27. *Ibidem*.
 28. *Ibidem*.
 29. L'ospedale continuerà invece ad assistere gli orfani fino al 1901 ma nella sezione staccata del Brefotrofio (V. DE BARTOLOMEIS, *L'Ospedale di S. Antonio abate a Teramo dal 1890 alla vigilia della Grande Guerra*, in "Sanità, Scienza e Storia", Rivista del Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospitaliera, n. 2, 1987).
 30. G. GARBINI, *L'assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918), Relazione del direttore prof. Guido Garbini*, Perugia, 1919, p. 3.
 31. *Ibidem*.
 32. Ivi, p. 4.
 33. *Congregazione di Carità. Per l'acquisto di un orto di proprietà del sig. Raffaele Quartapelle* (1881), ASTe, Prefettura II-14, Opere Pie, b. 180, f. 92.
 34. *Congregazione di Carità. Esproprio di un orto di proprietà del sig. Mezzucelli* (1886), ivi, b. 180, f. 65.
 35. *Congregazione di Carità. Acquisto della casa dei Signori Di Giacinto* (1888), ivi, f. 57.
 36. Raffaele Roscioli (1861-1916) aveva lavorato presso il manicomio di Nocera Inferiore, da poco istituito e in quel momento era Direttore del Manicomio privato *Fleurent* di Napoli (GARBINI, *L'assistenza ...*, cit., p. 5).
 37. *Congregazione di Carità. Regolamento per il Manicomio di Teramo* (1893), ASTe, Prefettura II-13, Opere Pie, b. 167, f. 77.
 38. GARBINI, *L'assistenza ...*, cit., p. 5.
 39. SAVINI, *Sugli Statuti Teramani ...*, cit., p. 178.
 40. Ivi, p. 7.
 41. GARBINI, *L'assistenza ...*, cit., p. 6.
 42. A. SCOCCO MARINI, *Le chiese nei quartieri di Teramo*, ivi, 2001, p. 28. Secondo l'autore la chiesa, dopo un lungo periodo di inutilizzo le cui conseguenze erano state aggravate dai danni del terremoto del 1915, venne riaperta al culto nel 1923 e poi di nuovo chiusa.
 43. *Congregazione di Carità. Relazione del Regio commissario Gaetano Manca* (1905), ASTe, Prefettura II-13, Opere Pie, b. 167, f. 67.
 44. SCOCCO MARINI, *op. cit.*, p. 28.
 45. *Regolamento organico del Manicomio*, Teramo, 1912, in ASTe, Amministrazione Provinciale, b. 435, f. Servizio dei mentecatti a carico provinciale.
 46. *Ibidem*.
 47. Guido Garbini, nato a Trento nel 1873, dopo la laurea conseguita a Roma aveva operato in qualità di psichiatra nei manicomi di Messina fino al 1902, di Perugia e di Teramo [Cfr. G. PANTOZZI, *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino (1830-1942)*, Trento 1989]. In quest'ultima sede egli ricopre il ruolo di Direttore dal 1° Gennaio 1917 al 16 Novembre 1919, dopo un periodo di *vacatio* nella direzione dovuto alla morte del Roscioli (M. QUARCHIONI, *Il manicomio di Teramo e Marco Levi Bianchini*, in "Abruzzo contemporaneo", I/1, giugno 1991, p. 151).
 48. GARBINI, *L'assistenza ...*, cit., pp. 7-11.
 49. SAVINI, *L'ospedale ...*, cit.
 50. La Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 all'articolo 3 afferma infatti che «ogni Manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria».
 51. QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p. 151.
 52. La clinoterapia, ovvero la "cura del letto", consisteva nel sedare i malati facendoli restare semplicemente a letto senza possibilità di alzarsi fino a quando il medico non lo ritenesse opportuno.
 53. QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p. 153.

54. A tal riguardo cfr. il paragrafo III.3 del presente volume.
55. *Relazione sull'andamento del Manicomio di Teramo del direttore dott. Egisto De Nigris in data 22 aprile 1922*, Archivio Storico ASL Teramo (in QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p. 154).
56. *Verbale della Congregazione di Carità di Teramo in data 2 maggio 1923*, ASTe, Amministrazione Provinciale (in Marco Levi Bianchini e le origini della psicoanalisi in Italia. *Atti del Convegno Nazionale Teramo 26-27-28 Ottobre 1995*, a cura di F. S. Moschetta, ivi, 2000, p. 177).
57. Marco Levi Bianchini nasce a Rovigo nel 1875 da una ricca famiglia di banchieri. Conseguita la laurea e dopo un periodo di lavoro nel Congo Belga, si trasferisce a Girifalco (Catanzaro) e da qui a Nocera Inferiore iniziando a frequentare la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'università di Napoli diretta da Leonardo Bianchi, con il quale entra però in aperto contrasto. Durante la Guerra è Colonnello medico ad Udine fino al 1918, quando viene richiamato a Nocera, dove rimane fino al 1923, quando viene nominato Direttore a Teramo. Levi Bianchini diviene anche amico, discepolo e traduttore di Sigmund Freud con il quale tiene una cospicua corrispondenza (QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p.155).
58. *Verbale della Congregazione di Carità ...*, cit., p. 178.
59. Durante la direzione di Levi Bianchini il personale medico, inizialmente di soli 3 dottori, sarà portato a 5 unità, ridotte a 3 qualche anno dopo (QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p. 157).
60. Ivi, p.161. Cfr. anche M. DAVID, *La psicanalisi nella cultura italiana*, Torino, 1966.
61. QUARCHIONI, *Il manicomio ...*, cit., p. 162.
62. L'originale della Pianta del piano terra è conservata presso il Dipartimento di Salute Mentale della ASL in via Nicola Palma a Teramo.
63. Dopo il mandato di Levi Bianchini, durante gli anni Quaranta l'istituto subisce un progressivo declino soprattutto a causa della guerra. Nel successivo decennio, con la direzione del dottor Carlo Romerio si registra invece una forte ripresa dell'attività scientifica, che negli anni Sessanta produce un sostanziale rinnovamento con l'istituzione del complesso di Neuropsichiatria nella contrada Casalena, sita alle porte della città. Con la legge 180/78 inizia poi il lento cammino che porterà alla de-ospedalizzazione dei malati, i quali ancora nel 1995 risultavano in numero di 250 (Cfr. SIUSA, Progetto "Carte da Legare", Ospedale psichiatrico S. Antonio Abate di Teramo, consultabile alla pagina web <http://siusa.archivi.beniculturali.it>).
64. Cfr. COSTANTINI, *Vantaggi, necessità e mezzi ...*, cit.
65. Cfr.: *Relazione del Regio commissario Gaetano Manca*, cit.; GARBINI, *L'assistenza ...*, cit.; *Relazione sull'andamento del Manicomio di Teramo del direttore dott. Egisto De Nigris ...*, cit.
66. P. VENTILI, *Proposta avanzata all'Onorevole Deputazione Provinciale di Teramo*, Mosciano S. Angelo, 1901, p. 1.
67. Ivi, p.3.
68. Nonostante il Manicomio fosse amministrato dalla Congregazione di Carità, l'onere per "l'assistenza ai mentecatti" ricadeva sulla Provincia, come stabilito dalla Legge Comunale e Provinciale n. 2248 del 20 marzo 1865.
69. Tra le spese che facevano parte della voce di bilancio rientrava anche la somma di 11.000 lire che l'Amministrazione Provinciale doveva versare ogni anno come dazio al Comune di Teramo, in quanto il manicomio era sito all'interno del perimetro urbano (VENTILI, *Proposta ...*, cit., p. 10).
70. Ivi, p. 7.
71. Da notare come nella progettazione di un manicomio per 600 posti Donghi assegni invece una cubatura di 47 mc ad ogni posto letto, che diviene di 60 mc nella sezione contagiosa (Cfr. DONGHI, *Manuale ...*, cit., p.688).
72. VENTILI, *Proposta ...*, cit., p. 9.
73. Ivi, pp. 11-12.
74. GARBINI, *L'assistenza ...*, cit., p.25.
75. Ivi, p.29.
76. *Ibidem*.
77. *L'istituzione di un servizio psichiatrico "aperto" a Teramo*, in "Abruzzo contemporaneo", 1/1, giugno 1991, p.140.
78. *Discorso del Presidente dell'Amministrazione Provinciale dell'Aquila, Comm. Pasquale Santucci*, in *Celebrazione del Cinquantenario dell'Ospedale Neuro Psichiatrico Provinciale (1915-1964)*, Pesaro, 1965, p. 9a.
79. *Ibidem*.
80. G. BELLISARI, *L'ordinamento e la funzione attuale del manicomio e lo stato odierno del problema dell'assistenza dei mentecatti della Provincia. Relazione all'On. Deputazione ed all'On. Consiglio Provinciale*, L'Aquila, 1908, p. 7.
81. *Verbale del Consiglio Provinciale di Sanità di Aquila degli Abruzzi del 13 Agosto 1897. Impianto di sezioni per dementi nell'Ospizio di Collemaggio*, Archivio di Stato dell'Aquila (d'ora innanzi ASAQ), fondo Amministrazione Provinciale (d'ora innanzi Amm. Prov.), b. 2507, f. 1.
82. BELLISARI, *L'ordinamento ...*, cit., p. 7.
83. Beniamino Vespa (1866-1904), originario di S. Demetrio dei Vestini ed allievo dei Professori De Sanctis e Mingazzini, aveva conseguito la libera docenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali nel 1899 (G. MARIANI, F. COLAPIETRA, *Assistenza unitaria psichiatrica nella Provincia dell'Aquila*, in *Celebrazione del Cinquantenario... cit.*, pp. 155-156).
84. *Progetto di massima per un Manicomio Pro-*

- vinciale nella Città di L'Aquila (progetto Ginocchietti 1899), ASAq, Amm. Prov., b. 2508, f. 5.
- 85.** *Discorso del Presidente...* cit., p. 10a. La notizia è riportata anche in BELLISARI, *L'ordinamento...*, cit., p. 12. Sull'architettura del Palazzo cfr. S. CIRANNA, *Architetture a confronto: XIX e XX secolo*, Roma, 2005.
- 86.** Gaetano Bellisari (1870- 1913) originario dell'Aquila, era stato allievo dei Professori Bianchi e Paolucci a Napoli presso L'Ospedale Gesù e Maria. Prima di dirigere il manicomio della sua città natale, aveva lavorato in quello di Girifalco e poi, tornato a Napoli, aveva conseguito la libera docenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali (MARIANI, COLAPIETRA, *Assistenza unitaria psichiatrica...*, cit., p. 157).
- 87.** *Ibidem*.
- 88.** Cfr. BELLISARI, *L'ordinamento...*, cit.
- 89.** Ivi, p.12. Più precisamente tra i ricoverati si contavano 60 uomini ed 87 donne.
- 90.** *Ibidem*.
- 91.** Ivi, p. 13.
- 92.** *Delibera della Deputazione Provinciale di L'Aquila del 9 Giugno 1904. Approvazione dell'esecuzione dei lavori di adattamento per il reparto femminile della Sezione dementi annessa all'Ospizio di Collemaggio*, ASAq, Amm. Prov., b. 2508, f. 3.
- 93.** *Manicomio di Collemaggio. Planimetria con edifici in progetto* (1904?), ivi, f. 4.
- 94.** BELLISARI, *L'ordinamento...*, cit., p. 14.
- 95.** *Planimetria del fondo Antonini-Castiglioni* (con Manicomio annesso all'Ospizio di Collemaggio, 1910), in ASAq, Amm. Prov., b. 2508, f. 5.
- 96.** *I Relazione*, 8 Aprile 1899, in *Progetto di massima...* (progetto Ginocchietti 1899), cit.
- 97.** *Ibidem*.
- 98.** Nell'illustrare il suo progetto, Ginocchietti adoperava anche la definizione di "sistema a villaggio", che, come già visto, risulta invece una diversa tipologia manicomiale.
- 99.** *I Relazione...*, cit.
- 100.** *Il Relazione*, 30 agosto 1899, in *Progetto di massima...* (progetto Ginocchietti 1899), cit.
- 101.** *Piano parcellare dei terreni da espropriare* (20 novembre 1899, *ibidem*).
- 102.** Le singole voci sono riportate in *Il Relazione...*, cit.
- 103.** *Decreto n. 8332 del Prefetto della Provincia dell'Aquila* (12 giugno 1900), ASAq, Amm. Prov., b. 2508, f. 5.
- 104.** *Adunanza del Consiglio Provinciale di Aquila del 10 Dicembre 1902*, ivi, f. 4.
- 105.** *Ibidem*.
- 106.** *Relazione*, 24 Marzo 1903, in *Progetto di massima di un nuovo Manicomio per la Provincia di Aquila* (progetto Rimini 1903), *ibidem*.
- 107.** *Stima della proprietà del Sig. Marinangeli Luigi (erede Petrini) da espropriarsi per la costruzione di un Manicomio Provinciale*, 30 Aprile 1903, *ibidem*.
- 108.** *Adunanza del Consiglio Provinciale di Aquila dell'8 Giugno 1903*, *ibidem*.
- 109.** Clodomiro Bonfigli (1838-1909), originario di Camerino, dopo essersi laureato a Roma, aveva lavorato inizialmente nella città natale. Direttore prima del manicomio di S. Lazzaro a Reggio Emilia e poi di quello di Ferrara nel 1873, dieci anni dopo ottenne la direzione del Manicomio di S. Maria della Pietà a Roma. Fu tra i primi medici a chiarire la natura psichica dell'isterismo, tracciando una inedita classificazione su basi anatomiche delle malattie nervose con alienazioni mentali, identificando le caratteristiche delle psicosi pellagrose e delle alienazioni del senso morale. Fu inoltre eletto deputato per il collegio di Camerino svolgendo un ruolo fondamentale nel dibattito che portò all'approvazione della legge del 1904. (E. TACCARI, voce *Bonfigli Clodomiro*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, XII, Roma, 1975, p. 15).
- 110.** *Ibidem*.
- 111.** *Relazione sommaria* (10 Agosto 1903), in *Progetto di massima...* (progetto Rimini 1903), cit.
- 112.** *Piano Parcellare dei terreni da espropriare*, 10 agosto 1903, in *Progetto di massima...* (progetto Rimini 1903), cit.
- 113.** *Richiesta di esproprio delle proprietà Cito e Castelli al Prefetto da parte della Deputazione Provinciale* (9 Novembre 1903), *ibidem*.
- 114.** *Decreto del Prefetto della Provincia dell'Aquila*, 22 Dicembre 1903, *ibidem*.
- 115.** G. Rimini (?), schizzi vari, ivi, f.4.
- 116.** *Relazione del Progetto definitivo del fabbricato Lavanderia, Disinfezione e Bagni* (23 settembre 1904), ivi, b. 2514, f. 16.
- 117.** G. Rimini, schizzi degli infissi del fabbricato Lavanderia, Disinfezione e Bagni (23 Settembre 1904?), ivi, b. 2513, f. 14.
- 118.** Il preventivo di spesa totale per la realizzazione di questo padiglione risulta essere di 48.000 lire di cui 27.897 per i lavori in appalto eseguiti dall'impresa Ceci Alfonso con il ribasso del 21%, secondo quanto stabilito nel contratto registrato il 2 Novembre 1904. Al termine dei lavori il costo delle opere risulta invece di 15.867 lire [*Certificato di Collaudo del fabbricato Lavanderia, Disinfezione e Bagni* (19 giugno 1906), *ibidem*].
- 119.** *Relazione sul conto finale dei lavori in béton armato, di decorazione in béton e di copertura in Holzement per il fabbricato ad uso di Lavanderia, Disinfezione e Bagni*, 23 novembre 1905, ivi, b. 2513, f. 12.
- 120.** *Progetto esecutivo padiglione Osservazione e Infermeria del Manicomio Provinciale di L'Aquila* (progetto Rimini 1906), pianta, ivi, b. 2511, f. 19.
- 121.** *Progetto di massima...* (progetto Rimini 1903),

- cit. Delle due ali quella ovest presentava maggiori dimensioni in quanto conteneva anche il corpo scale e l'ingresso.
- 122.** *Progetto esecutivo edificio della Direzione del Manicomio Provinciale di L'Aquila* (progetto Tranquilli 1904), piante, prospetti e sezione, ivi, b. 2507, f. 1.
- 123.** *Discorso del Presidente...* cit., p. 13a.
- 124.** *Verbale del Consiglio Provinciale di Aquila, 7 Giugno 1909, ibidem.*
- 125.** *Progetto esecutivo padiglione per Agitati e Semi-agitati del Manicomio Provinciale di L'Aquila* (progetto Tortora 1908), piante e sezioni, ASAg, Amm. Prov., b. 2507, f. 1.
- 126.** *Progetto esecutivo padiglione per Tranquilli del Manicomio Provinciale di L'Aquila* (progetto Tortora 1908), piante e sezioni, *ibidem.*
- 127.** Anche in questo padiglione tutti gli angoli e gli spigoli sono arrotondati per evitare i succitati incidenti.
- 128.** *Discorso del Presidente...* cit., p. 14a.
- 129.** MARIANI, COLAPIETRA, *Assistenza unitaria psichiatrica ...*, cit., p. 159; A. SCARTABELLATI, *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine '800 e primi decenni del '900*, in *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, a cura di A. Giuntini, Modena, 2009, p. 26. I saggi cui si accenna nel testo sono: F. DEL GRECO, *Una idea direttiva nei recenti studii medico-psicologici*, in "Il Manicomio", XXXV (1922), pp. 117-126 e IDEM, *L'idea di "costituzione" nella Psichiatria clinica*, in "Quaderni di Psichiatria", X (1923), pp. 201-205. Durante la Prima Guerra Mondiale il manicomio accolse i militari feriti (in una sezione appositamente costituita) ed i prigionieri di guerra.
- 130.** M. BENVENUTI, *L'Ospedale Provinciale Neuropsichiatrico de L'Aquila nei suoi nuovi sviluppi (1939-1942). Relazione del Direttore al Presidente dell'Amministrazione Provinciale*, Pisa, 1942, p. 5.
- 131.** Ivi, p. 11. Per evitare problemi di sovraffollamento la struttura ricorre all'affidamento dei malati "tranquilli non pericolosi" alla "custodia domestica sussidiata", ovvero all'assistenza omofamiliare ed eterofamiliare; allo stesso tempo si ricorre all'articolo 66 del Regolamento sui Manicomi che prevede la "dimissione precoce dei malati migliorati non presentanti pericolosità in atto".
- 132.** Tullio De Rubeis (1908-88), originario di Tussio, durante il Fascismo fu segretario della sezione aquilana dei fasci di combattimento e successivamente gerarca del partito. Dopo la guerra, passato nelle file della Democrazia Cristiana, fu Sindaco di Prata d'Ansidonia e per due volte dell'Aquila.
- 133.** *Discorso del Presidente...* cit., p. 14a.

CAPITOLO V

Note conclusive

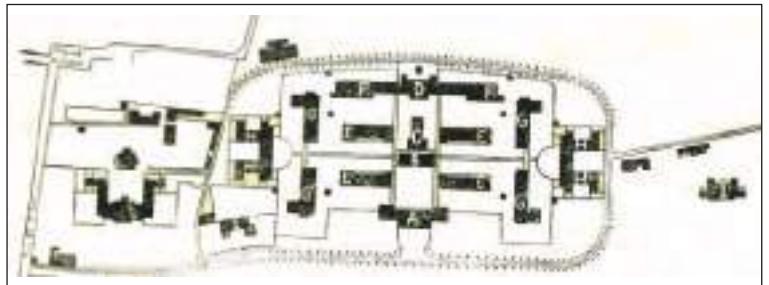
Come già accennato in premessa, le vicende vissute fra i secoli XIX e XX dai manicomi abruzzesi confermano come tali strutture sorgessero «per gemmazione» da preesistenti organismi assistenziali, analogamente a quanto accadeva in tutta l'Italia unita¹. Ciò vale sia per la struttura di Teramo che per quella dell'Aquila, rispettivamente sorte nell'ambito dell'Ospedale di S. Antonio Abate a Porta Melatina e dell'Ospizio di MendicITÀ di Collemaggio. Nonostante ciò, le loro vicende producono esiti del tutto differenti in quanto, mentre a Teramo non si dà luogo all'edificazione di un nuovo edificio destinato a manicomio, nella città federiciana si assiste alla realizzazione di un grande complesso all'esterno dell'organismo urbano.

In effetti a Teramo lo sviluppo dell'istituzione manicomiale fu notevolmente condizionata dalla fondazione, in età medievale, dell'ospedale di S. Antonio Abate all'interno del nucleo urbano e dalla sua graduale trasformazione in manicomio senza un piano prestabilito e mediante ampliamenti resi possibili dall'annessione di varie preesistenze. Infatti la Sezione del manicomio, istituita nel 1881 in «un locale qualsiasi preso a caso fra gli ambienti disponibili al pian terreno dell'Ospedale Civile»², nonostante i lavori di modifica ed ampliamento eseguiti nel corso degli anni, ha sempre risentito di tale «peccato di origine»³. La realizzazione dalle fondamenta dei due padiglioni nel 1894 e nel 1903, pur arginando il problema del sovrappollamento, non consentì l'effettiva divisione in classi della malattia, come invece è avvenuto in tutti i manicomi italiani del periodo. I nuovi corpi di fabbrica, semplici parallelepipedi annessi all'antico complesso, risultano per di più privi della distribuzione interna presente nei padiglioni manicomiali veri e propri, come, ad esempio, quelli del Regio Manicomio di Fregionaja a Maggiano. In tal senso le strutture di Teramo non rientrano nel tipo «a padiglioni», né tantomeno si può ritenere che l'intera struttura adotti la tipologia «chiusa» dei primi organismi sviluppatasi attorno ad una corte, risultando

piuttosto il complesso una sorta di *unicum* formato da preesistenze ed aggiunte.

Una considerazione differente merita invece il «progetto per il nuovo Manicomio» redatto dall'ingegner Pignocchi nel 1901 su incarico della Deputazione Provinciale che, come testimonia la planimetria presente nel già citato libro a stampa⁴, adotta un preciso e moderno schema tipologico. Lo schema «a padiglioni avvicinati collegati da gallerie» prescelto da Pignocchi appare infatti simile a quello del complesso del S. Orsola a Bologna, per il quale nel 1863 l'architetto genovese Ignazio Gardella aveva previsto «padiglioni avvicinati» collegati da due principali gallerie porticate, disposte parallelamente ai lati del blocco centrale dei servizi. Alle gallerie erano poi congiunte perpendicolarmente le stecche dei vari reparti, proprio come nel progetto di Pignocchi per Teramo. Su tale schema si imposta il Regio Manicomio di Collegno (progettato nel 1856 e realizzato appena dopo l'Unità)⁵ ma anche l'Ospedale Psichiatrico Leonardo Bianchi a Napoli (1890) e il Manicomio Provinciale di Ancona (1901), ultimi esempi del tipo. L'ingegner Pignocchi dimostra quindi di essere a conoscenza di quanto emergeva nel dibattito nazionale sugli aspetti tipologici ed architettonici dei manicomi, traendo spunto probabilmente dalle strutture realizzate a Napoli ed Ancona, le più vicine a quella teramana in termini di spazio e di tempo.

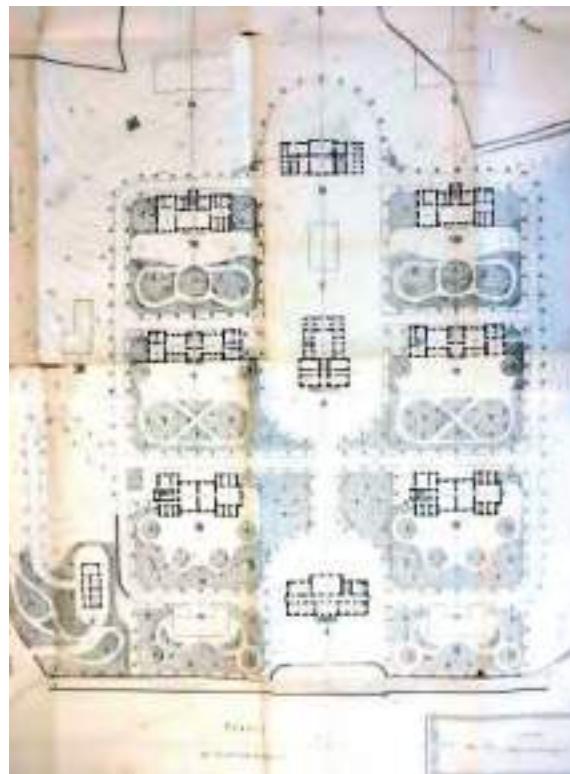
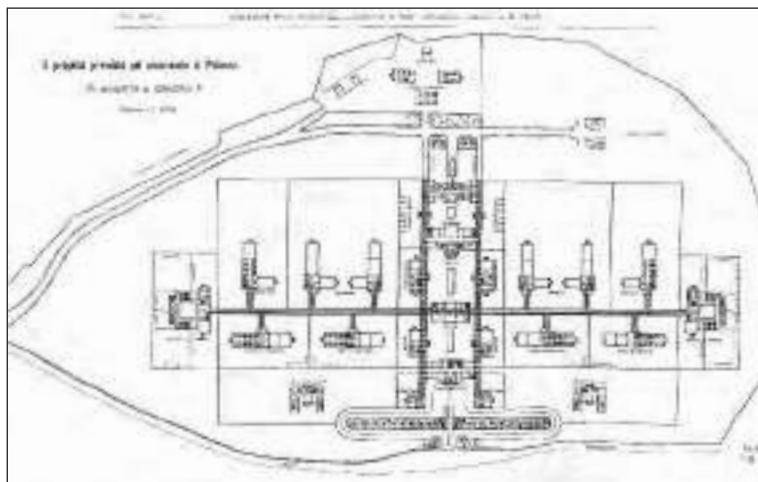
In basso: Firenze, Manicomio di S. Salvi, planimetria generale.



In basso: G. Quaroni, M. Piacentini, Progetto premiato per il Manicomio di Potenza denominato *Ophelia*, planimetria generale (1906).

A destra: Ing. G. Rimini, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio per la Provincia di Aquila* (10 Agosto 1903), planimetria generale.

Un discorso più complesso riguarda la realizzazione del Manicomio Provinciale all'Aquila, iniziata nel 1906 grazie alla tenace opera del Presidente della Deputazione Provinciale Mariano Iacobucci. Il primo progetto, redatto dall'ing. Ginocchietti in data 8 Aprile 1899, prevede la realizzazione, a nord della Basilica di Collemaggio, di un complesso per 300 malati "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" come nel caso del Manicomio di San Salvi a Firenze, progettato da Giacomo Roster e aperto nel 1890. Nonostante quest'ultimo sia destinato a ospitare oltre il doppio dei malati del manicomio ideato da Ginocchietti, entrambi i complessi si sviluppano all'interno di un'ideale ellisse, sul cui asse minore sono collocati gli edifici dell'"Amministrazione" e dei "Servizi generali" e su quello maggiore una galleria. In entrambi sono poi previste due gallerie parallele che muovono dall'edificio principale dell'"Amministrazione" sino a raggiungere i due padiglioni destinati a reparti. Tuttavia, mentre a Firenze tali padiglioni sono destinati agli "Infermi e Paralitici", nel progetto Ginocchietti avrebbero dovuto ospitare "Furiosi", categoria di degenti che a Firenze è sistemata nei padiglioni più esterni su cui terminano le gallerie, là dove invece Ginocchietti prevede i malati "Paralitici e luridi". La prima soluzione del progetto "*Ophelia*",



redatto nel 1906 da Giuseppe Quaroni e Marcello Piacentini nell'ambito del concorso per il Manicomio di Potenza, rivela lo stessa impostazione adottata da Roster, con le due gallerie che si allontanano dall'"Amministrazione" ed il reparto dei "Furiosi" collocato alla fine dell'asse maggiore; nella medesima soluzione, Quaroni e Piacentini caratterizzano l'ingresso con due rampe laterali di accesso, così come fa Ginocchietti nei suoi elaborati. Un'ulteriore particolarità del progetto per il manicomio aquilano redatto dall'ingegner Ginocchietti è la collocazione sui fuochi dell'ellisse dei padiglioni, divisi per sesso, occupati dagli ambienti destinati alle cure idroterapiche, idroelettriche e dalla sala operatoria, spazi che solitamente erano sistemati fra i "Servizi generali".

Come già visto, la soluzione "a padiglioni avvicinati collegati



A sinistra: L'Aquila, ex Ospedale Neuro-Psichiatrico di Collemaggio, foto aerea dello stato attuale.

da gallerie" non viene realizzata né a Potenza né all'Aquila, dove i due progetti successivi per il Manicomio, redatti dall'ingegner Rimini, adottano entrambi il tipo "a padiglioni distanziati o isolati". Gli elaborati recanti la data del 24 Marzo 1903 descrivono infatti un organismo composto da 13 padiglioni isolati e articolato in due tipi di reparti, uno "chiuso" e l'altro "aperto". La presenza di reparti "chiusi" permette di attuare il *no restraint* e di abolire i "cellari" nella sezione "Agitati", mantenendo solo qualche cella d'isolamento nel padiglione "Osservazione", sottoposto alla massima sorveglianza. I "Tranquilli convalescenti" e gli "Agitati clamorosi" sarebbero stati curati invece con tecniche non coercitive quali la clinoterapia e l'idroterapia prolungata. Si tratta di una concezione generale molto avanzata nel panorama dell'assistenza

ai malati mentali, brillantemente inserito nel dibattito d'inizio secolo sul "non contenimento" e sull'*open door*. Se nelle intenzioni Rimini si richiama alle moderne tecniche manicomiali, il suo primo progetto risulta invece eccessivamente frazionato in quanto alcuni reparti, sia "aperti" che "chiusi", sono previsti ancora all'interno dell'Ospizio di Collemaggio. Inoltre, a causa dell'alto costo di realizzazione, il programma dei lavori prevedeva la realizzazione di alcuni padiglioni solo in un secondo tempo, per cui, almeno nella fase iniziale, alcune funzioni avrebbero coabitato nello stesso stabile, come ad esempio il reparto della "Tranquille lavoratrici non sudice", sistemato nel terzo piano del fabbricato dei "Servizi generali". Le stesse dimensioni del complesso, destinato ad occupare circa 47.000 mq, risultano inadeguate alle intenzioni progettuali, specie



se poste a confronto dei primi complessi "a padiglioni isolati" sorti dopo l'Unità, come quelli di Reggio Emilia, Macerata, Siena e Imola. In particolare il Frenocomio di Trieste, progettato nel 1903 da Lodovico Braidotti, impegna ben 219.700 mq e 215.000 mq l'Ospedale Psichiatrico di Rovigo, i cui lavori, ini-



ziati nel 1906, vengono interrotti quattro anni dopo per l'eccessivo aumento dei costi⁶. All'Aquila il problema di fondo è quello dell'area d'impianto, risolto con la traslazione dell'organismo di progetto nei terreni prospicienti, su cui si sviluppa il secondo progetto di Guido Rimini, datato 10 agosto 1903. Il complesso manicomiale conferma l'adozione della tipologia "a padiglioni distanziati o isolati", impegnando però una superficie complessiva più ampia nella quale separare maggiormente i 15 padiglioni in progetto, sistemati sempre in modo da rispettare uno schema razionale e simmetrico. Anche la nuova formulazione dell'ingegner Rimini deve molto al progetto di Braidotti, specie nell'impostazione dei padiglioni del settore "clinico". Osservando i disegni esecutivi del fabbricato della "Lavanderia, disinfezione e bagni" del nosocomio aquilano e quelli del fabbricato "Caldaie e disinfezione" del manicomio triestino, si nota come le facciate principali presentino esattamente stesso numero, stessa collocazione e identico tipo di aperture, sebbene il fabbricato progettato da Rimini nella parte centrale si sviluppi su due livelli. Va però precisato che il Manicomio Provinciale dell'Aquila, aperto ufficialmente nel 1915, non viene realizzato in totale conformità del progetto, come dimostra principalmente l'edificio della "Direzione", costruito in luogo del blocco dei "Servizi generali", le cui funzioni ospita. Quello che noi vediamo oggi, infatti, è un fabbricato che non ha quasi nulla in comune con quello descritto negli elaborati di Rimini, se non le dimensioni e la distribuzione planimetrica. Non viene infatti realizzata l'elegante facciata tripartita disegnata dall'ingegnere Camillo Tranquilli, successore di Guido Rimini, il cui sapore neocinquecentesco è determinato dal basamento bugnato, dalle lesene angolari giganti, dal triplice arco d'ingresso con alta scalinata, dalle finestre di linguaggio rinascimentale ed infine dall'alto parapetto di coronamento con iscrizione ed aquila. Triplice fornice e coronamento che il disegno di Tranquilli condivide con il prospetto del Palazzo dell'Amministrazione del progetto *Ophelia*. L'attuale edificio che ospita la Direzione del nosocomio aquilano è invece una composizione piatta, appena ravvivata da sottili cornici marcapiano e dalle mostre neodurazzesche

delle aperture, assai simili a quelle presenti nel prospetto di Quaroni e Piacentini.

I progetti dell'ingegner Rimini, tradotti nella veste esecutiva dall'ingegner Tranquilli, rivelano diversi aspetti in comune con l'Ospedale provinciale San Giovanni di Trieste (progettato anch'esso nel 1903), unico complesso manicomiale in Italia che abbia cercato di conferire una precisa veste architettonica al sistema dell'*open door*. D'altronde la città giuliana partecipava al contesto culturale mitteleuropeo, decisamente lontano da quello aquilano, che consente a Lodovico Braidotti, allievo di Sitte ma profondamente influenzato da Wagner, di operare una sintesi di arte e tecnica negli episodi architettonici del frenocomio, progettati in una scala decisamente maggiore di quella di Collemaggio⁷. Braidotti caratterizza infatti i padiglioni della struttura triestina con un elegante eclettismo, differenziando le aree funzionali con stili diversi: rinascimentale-toscano negli edifici costruiti nella zona aperta al pubblico, moderno e razionale nei padiglioni dei reparti e rustico nel Villaggio del lavoro, i cui fabbricati presentano falde spioventi e balconi in legno. Non può essere considerato casuale che lo stesso Braidotti impieghi nella costruzione degli edifici di San Giovanni la tecnica del calcestruzzo armato, le cui opere furono eseguite dalla Pittel & Brausewetter, una delle maggiori imprese di costruzione della Mitteleuropa, che in quel periodo stava realizzando i magazzini del Porto vecchio, una sorta laboratorio sperimentale per materiali e tecniche innovative.

Possiamo anzi affermare che, il linguaggio eclettico e storicista caratterizza gli edifici di molti complessi manicomiali italiani realizzati nel periodo che va dalla fine dell'Ottocento all'inizio del Novecento. Quando le condizioni economiche lo consentono, il tono appare più elevato in coincidenza degli edifici destinati ai "paganti", come nel caso delle due ville del manicomio di Macerata (1873), delle quali quella riservata alle donne è in stile "moresco", mentre quella per gli uomini esibisce un'«architettura bizzarra, simile a quella adottata nelle stazioni ferroviarie»⁸. Va però precisato come la particolare ricchezza formale dei due padiglioni "paganti" derivi anche dalla libertà di cui gode il progettista, in quanto tali edifici,

concepiti come "padiglioni distanziati", sono isolati dagli altri che costituiscono il complesso, potendo così evitare il confronto con la preesistenza. Analogamente a quanto appena esaminato, nell'ambito del Manicomio privato "Ville Sbertoli" di Pistoia il nuovo padiglione per le signore di ceto più elevato costruito nel 1896 presenta un'impostazione di carattere eclettico, con l'immane repertorio di sintagmi rinascimentali, frammisti a finestre a scomparsa con vetri colorati, tetti a padiglione con elementi a pagoda, ricche decorazioni plastiche e dipinte. Stesso Eclettismo mostrano del resto le ville per "paganti di I e II classe" presenti nel progetto redatto nel 1898 da Ettore Lorenzutti, primo tecnico ad essere incaricato della realizzazione del frenocomio triestino; nel 1902 il Comitato alle Pubbliche Costruzioni della Città, revocando



l'incarico all'ingegnere capo dell'Ufficio Tecnico Comunale, ritiene che la «soverchia ricchezza architettonica» sia del tutto fuori di luogo in ambiente rurale, dove invece «l'estetica richiede costruzioni rustiche»⁹, parzialmente realizzate dal successore Lodovico Braidotti.

Per la definizione della nuova tipologia architettonica del "manicomio", si adotta dunque il linguaggio eclettico come nei neonati complessi termali, nelle serre, nei palazzi per le esposizioni e nelle stazioni ferroviarie.

La "passione classificatoria" propria dell'Eclettismo prevede infatti tipi rigorosamente definiti rispetto alla norma, di modo che Gotico e Romanico vengano ritenuti appropriati alle co-

Nella pagina a fianco, in alto: L. Braidotti, Progetto per il Frenocomio di Trieste, padiglione della lavanderia (1903).

Nella pagina a fianco, in basso: L'Aquila, ex Ospedale Neuro-Psichiatrico di Collemaggio, edificio della Direzione, facciata principale, foto dello stato attuale.

A sinistra: G. Quaroni, M. Piacentini, Progetto premiato per il Manicomio di Potenza denominato *Ophelia* Palazzo dell'Amministrazione, prospetto principale, particolare (1906).

struzioni di carattere religioso, mentre per gli edifici a destinazione amministrativa ci si rivolge all'architettura del Rinascimento¹⁰. Serre e palazzi per le esposizioni adottano inizialmente uno stile "esotico", gli edifici termali si orientano verso i "prototipi aulici" dei palazzi e delle ville francesi, tedesche e russe, utilizzando però un linguaggio "rustico" negli edifici secondari ed accessori. Le stazioni ferroviarie, particolarmente sensibili alla "poetica del ferro", sono in genere ispirate all'architettura delle terme romane imperiali ed in particolare alle fondazioni tardoantiche nell'impostazione volumetrica. Se però uno degli «assunti fondamentali dell'Ecclettismo» risiede nella «scelta di un determinato stile adatto alla destinazione del singolo edificio»¹¹, nel tipo del manicomio vengono utilizzati contemporaneamente più stili – "moresco", "neo-rinascimentale", "rustico", "razionale" –, ognuno dei quali è assegnato, secondo la funzione, all'episodio architettonico per il quale si presta maggiormente, creando quindi una sorta di caleidoscopio eclettico. Come abbiamo visto, se le ville per i "paganti" potevano ospitare le sperimentazioni linguistiche più ricche e stravaganti ed i padiglioni clinici presentare un codice lessicale sobrio e disadorno, negli edifici dell'"Amministrazione", simboli dell'autorità dell'istituzione manicomiale, era costante il ricorso al Rinascimento italiano. Per tale tipo di edificio il modello di riferimento era quello del palazzo cinquecentesco romano, con piano inferiore bugnato e campitura liscia nei livelli superiori fino al cornicione e all'attico, oppure con facciata piatta solcata solo da forti cornici di collegamento delle finestre timpanate, serrata da cantonali bugnati e coronata da un pesante cornicione come in Palazzo Farnese¹². Al modello neo-rinascimentale si ricollega il prospetto principale dell'edificio dell'"Amministrazione" progettata da Camillo Tranquilli per il frenocomio aquilano, suddiviso da una partizione orizzontale a tre livelli, l'inferiore a fasce continue ed i superiori lisci. Le cornici marcapiano, le regolari sequenze di bucaure rettangolari e le plastiche lesene bugnate negli spigoli appaiono stilemi egualmente riconducibili al modello di palazzo cinquecentesco di produzione sangallesca. Negli edifici amministrativi degli organismi

manicomiali ricorre di frequente anche il motivo dell'ingresso a tre archi, come nella facciata progettata da Camillo Tranquilli. Il triplice fornice arcuato, aperto al centro della porzione mediana di facciata lievemente aggettante, era già stato impiegato nel campo dell'architettura manicomiale, ad esempio nell'edificio principale dell'ospedale senese di S. Niccolò progettato nel 1870 da Francesco Azzurri. A ciò va aggiunto che nella Roma di fine Ottocento la succitata soluzione viene riproposta da Gaetano Koch nella sede della Banca d'Italia (1886) e nel Palazzo Ludovisi-Piombino (1891), nonché, all'inizio del secolo seguente, da Pio Piacentini nel Ministero di Grazia e Giustizia (1910-1920), espressione di un Rinascimento di fine Quattrocento.

Nell'Ospedale teramano di S. Antonio Abate gli uffici della direzione sono sistemati nel complesso di Porta Melatina, coincidente con uno degli ingressi storici alla città. Anche in questo caso una speciale enfasi viene conferita all'organismo architettonico mediante le pseudo-serliane del primo piano e gli ampi fornic del piano terra, che consentono di ottenere la richiesta maestosità istituzionale.

Come appare quindi evidente, sia all'Aquila che nelle altre città italiane la progettazione del "Manicomio" segue regole ben precise sia nell'impostazione tipologica che nelle scelte stilistiche. Quando ciò non risulta possibile, come nel caso della struttura di Teramo, il cui sviluppo viene condizionato dalla fondazione all'interno dell'organismo urbano e dalla mancanza di una precisa base progettuale nel processo di trasformazione in manicomio, l'allusione tipologica si esprime nel nuovo carattere istituzionale conferito alla facciata, capace di rendere comprensibile chi "detta le regole".

Carattere comune alle opere del periodo precedente, come la *Maison de force de la Salpêtrière* di Libéral Bruant o l'*Administration Block* degli "asili" inglesi, le quali, pur guardando da lontano la Casa del Direttore delle Saline di Chaux, sono chiari esempi di quelle architetture coercitive destinate alla repressione e al controllo che l'evoluzione della disciplina psichiatrica rende inattuali nell'impostazione tipologica ma non nel linguaggio espressivo.

Note

1. BELLISARI, *L'ordinamento e la funzione ...*, cit., p. 6.
2. GARBINI, *L'assistenza dei malati ...*, cit., p. 3.
3. Ivi, p. 4.
4. VENTILI, *Proposta avanzata all'Onorevole...*, cit., tav. I.
5. Secondo Donghi il complesso è realizzato tra il 1908 e il 1910 (DONGHI, *Manuale...*, cit., p. 718). Il progetto del 1856 dell'ing. Giovanni Battista Ferrante è riportato anche nello studio della Fondazione Benetton Studi Ricerche, alla p. 46.
6. Cfr. M. TCHAPRASSIAN, *L'Ospedale psichiatrico provinciale di Rovigo*, in *Gli ospedali tra passato e presente*, ivi, 1997, pp. 67-73; L. LUGARESÌ, *Il luogo dei sentimenti negati. L'Ospedale psichiatrico di Rovigo (1930-1997)*, ivi, 1999.
7. Lodovico Braidotti (1865-1939), nativo di Gorizia, si laurea in Ingegneria nel Politecnico di Vienna ed inizia a lavorare nell'Ufficio tecnico delle Ferrovie meridionali progettando la stazione di Monfalcone. Nel 1890 ottiene la cattedra di "Storia dell'arte e forme architettoniche" presso la Scuola industriale di Trieste (l'attuale Istituto Tecnico Industriale "Alessandro Volta"). Nella città giuliana, dal 1909 al '22, egli riveste la carica di Presidente dell'Istituto Comunale per gli Alloggi Minimi (ICAM) e di Vicepresidente dal 1922 al '23 (l'anno seguente l'ICAM si trasforma in Istituto Autonomo per le Case Popolari, IACP). Sotto il profilo professionale, nell'ambito della realizzazione della Galleria "Francesco Giuseppe" (1901-1903), opera dell'ingegnere ministeriale Joseph Wujetechowsky destinata a spazio espositivo ed a nuova sede della Camera di Commercio triestina, Braidotti, assieme a Carlo Hesky, redige un'autonoma proposta, rimasta però inattuata.

Nel 1907 opera nella Commissione per il Piano Regolatore di Gorizia. Nel 1912 è autore del Piano di sistemazione delle caserme asburgiche dell'area triestina, che nel 1925 verrà utilizzato quale base per il concorso nazionale per la realizzazione dell'edera Oberdan. Nel 1916, a causa dei suoi atteggiamenti irredentisti, viene allontanato dall'insegnamento ed inviato nel reparto di Fanteria di stanza a Słapanice, presso Brno. Al termine della guerra, nel 1919 partecipa al concorso bandito dal Regio Governatorato della Venezia Giulia per la "rielaborazione del progetto del nuovo Palazzo di Giustizia in Trieste", vinto dal professor Enrico Nordio; obiettivo del concorso è la revisione dell'aspetto generale dell'edificio, la cui costruzione era stata richiesta dalla Dieta Provinciale di Trieste nel 1895 ed allora in corso di realizzazione, allo scopo di conferirgli un "carattere schiettamente italiano". L'anno seguente presiede la commissione per il Piano Regolatore e di Ampliamento del capoluogo giuliano, nonché la prima Fiera campionaria triestina. Tra le sue opere nella città giuliana, oltre all'Ospedale psichiatrico provinciale di San Giovanni, vanno ricordati i progetti per le case popolari in via Marchesetti e via Machlig nella zona dell'Orto Botanico, le tombe Martinlich e Ruaro, la Colonia estiva Principe di Piemonte a Banne. Sulla figura di Lodovico Braidotti cfr.: *Memoriale di sollecitazione all'inclito Consiglio Municipale concernente l'attuazione di un piano regolatore per la città di Trieste approvato nel Congresso generale ordinario del 6 maggio 1898*, [La Società d'ingegneri ed architetti; il presidente dott. Geiringer; il segretario L. Braidotti], ivi, 1899; D. DE TUONI, *Mostra della casa dei nostri nonni*,

Trieste, Fed. Fascista Autonoma Delle Comunità Artigiane d'Italia - Segreteria Provinciale, 1929; *Trieste 1918-1954. Guida all'architettura*, a cura di P. Nicoloso e F. Rovello, ivi, 2005, p. 303; *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908-2008*, [testi di Diana Barillari ... et al.], Milano, 2008.

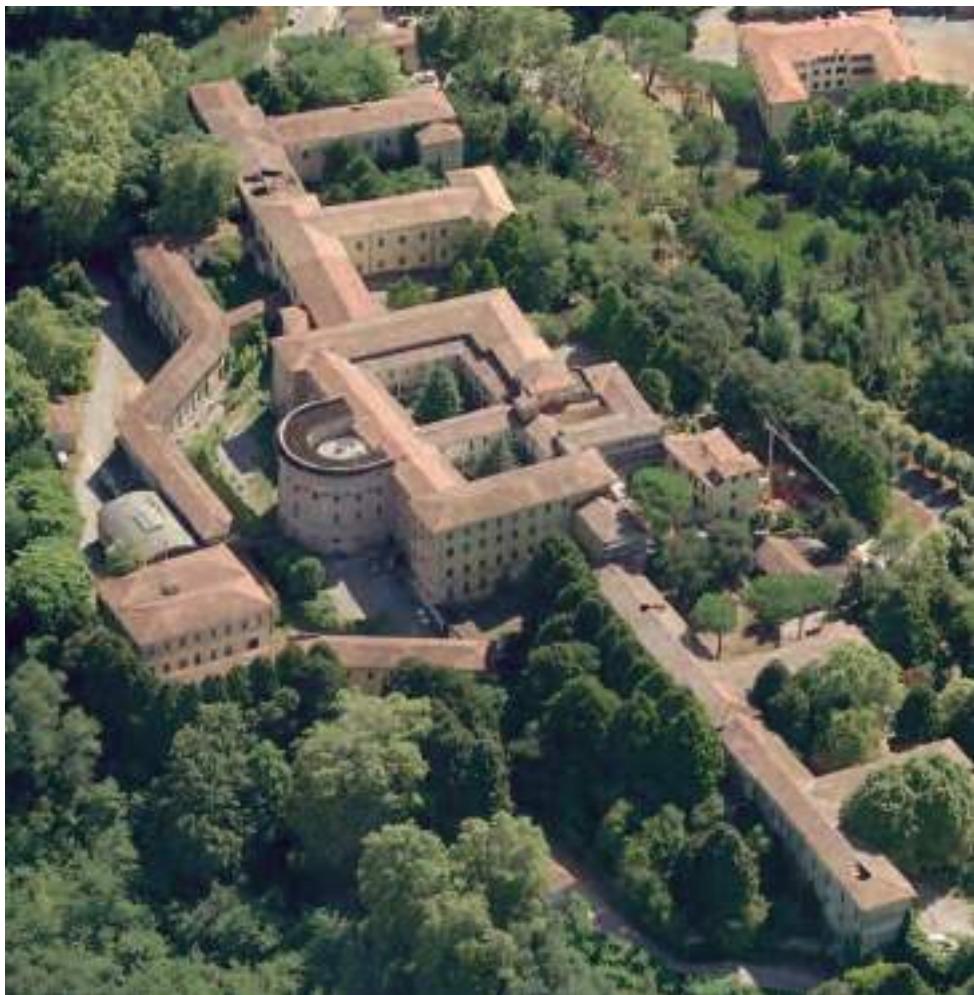
8. Cfr. *Discorso di Giuseppe Girolami*, in *Statuto Organico e Regolamento...* cit.
9. *Discorso dell'ingegnere Geiringer*, Presidente del Comitato alle Pubbliche Costruzioni, in BARRILLARI, *L'architettura per...* cit.
10. R. GABETTI, voce "Ecllettismo", in *Dizionario Enciclopedico Architettura e Urbanistica*, a cura di P. PORTOGHESI, Roma, 1969.
11. *Ibidem*.
12. R. DE FUSCO, *L'architettura dell'Ottocento*, Torino, 1980, p. 138.

NELLA CITTÀ DEL DOLORE
ESPERIENZE MANICOMIALI IN ABRUZZO TRA OTTO E NOVECENTO

PARTE SECONDA
a cura di Matilde Terrenzio

Spedale de' Pazzi di Fregionaja, Lucca

La nascita dello "Spedale de' Pazzi di Fregionaja" si deve al Senato dalla Repubblica di Lucca, che nel 1769 chiede a papa Clemente XIV la soppressione del monastero quattrocentesco dei Canonici Lateranensi di Santa Maria di Fregionaja¹. Il pontefice ne sancisce la soppressione l'anno seguente, a condizione di utilizzare gli utili a favore dello Spedale di San Luca della Misericordia a Lucca e, per tale motivo, si decide di trasformare il monastero in "pazzarello". Lo "Spedale de' Pazzi di Fregionaja", aperto il 21 aprile 1773, dopo i lavori di adeguamento eseguiti sotto il capomastro Antonio Lazzarini, nasce in dipendenza dall'ospedale cittadino, accogliendo i primi undici malati provenienti dal Carcere della Torre. L'ospedale sorge su una collina in aperta campagna, in una condizione quindi molto favorevole, come ci fa notare Desmaysons Dupallans, secondo il quale non esiste «in Italia una collocazione più propizia: sia per la posizione che per l'organizzazione estremamente favorevole al lavoro degli alienati e alla ripartizione degli spazi che il loro trattamento e la differenza delle loro condizioni necessitano»². La struttura non subisce notevoli modifiche tipologiche rispetto a quella del monastero, dato che si tratta di un fabbricato su due livelli costruito intorno a due cortili quadrati porticati, adottando quindi il tipo "chiuso". Nei nuovi cortili, oltre che nel chiostrino quattrocentesco, gli alienati trovano «rifugio dalla pioggia e dagli ardori del sole»³. Nel 1805 la Repubblica oligarchica di Lucca, dopo quattro governi provvisori, viene trasformata nel Principato Napoleonico di Lucca e Piombino e nel 1808 l'ospedale entra a far



parte dei "Reali Spedali ed Ospizj"; il nuovo regolamento dell'istituto, redatto l'anno successivo, resterà in vigore anche dopo l'Unità d'Italia, così come accadrà per molti altri manicomii⁴. Dal punto di vista assistenziale, l'ospedale vive un momento di grande rinnovamento e di superamento dei sistemi coercitivi sotto la

direzione del dottor Giovanni Buonaccorsi, che ricopre l'incarico di "chirurgo infermiere" dal 1817 al 1855. Nel 1839, inoltre, si hanno i primi lavori di ampliamento, eseguiti dal capomastro Pergola, che consistono in nuovi alloggi a sud destinati ai "pensionanti" e nell'abitazione per il medico residente. Il problema prin-

cipale dell'ospedale è comunque quello del sovraffollamento, dato che i malati sono costretti a vivere in spazi limitati, e perfino i più piccoli corridoi di passaggio sono utilizzati per i letti. Nel 1840 lo stabilimento conta ancora dieci celle, divise equamente tra i due sessi, che versano in uno stato di profondo degrado. Nel 1849 lo "Spedale de' pazzi" diventa "il Regio Manicomio di Fregionara" e viene applicato il *motu proprio* granducale del 1838⁵. Finalmente nel 1851 si progetta un grande ampliamento per aumentare la capienza dei ricoverati a 300 unità. Così, tra il 1853 e il 1854, sotto la supervisione dell'architetto Pardini, si hanno i primi interventi nella parte esposta a est «in ambedue le sezioni destinate ai maschi ed alle femmine: già si hanno, ed in parte si avranno dei dormitori comuni per i dementi tranquilli e puliti della terza classe capaci ciascuno di 20 a 24 letti, e separati dormitori più ristretti per i sudici»⁶. Viene inoltre realizzato un proporzionato numero di camere d'isolamento per «quei dementi che non possono senza pericolo essere associati ad altri»⁷, oltre ai refettori e alle stanze di lavoro e di ricreazione. L'intervento cambia notevolmente le condizioni e la vita dei malati e alla fine dei lavori si sono realizzate due ali simmetriche alle due estremità dell'edificio, contenenti due padiglioni ognuna e il manicomio passa così dalla tipologia "chiusa" a quella a "padiglioni". Nei primi anni del Novecento, invece, vengono realizzate le officine nella parte nord del complesso, dove i ricoverati svolgono vari lavori, oltre a quelli nei campi della grande colonia agricola, e alcuni "padiglioni distanziati". Nel 1913 il manicomio passa sotto la gestione amministrativa della Provincia di Lucca e vi rimarrà fino alla riforma sanitaria

del 1978. Dal 1942 la storia dell'ospedale è legata a quella dello scrittore e psichiatra Mario Tobino, che vi lavora per oltre quarant'anni. Maggiano è anche il luogo di ambientazione dei suoi racconti più famosi, come *Le donne libere di Magliano* e *Per le antiche scale*⁸.

Note

1. G.B. GIORDANO, *Storia dell'Ospedale di Fregionara nel secolo XIX e inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*, Lucca, 1978, p. 5.
2. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans ... cit.*, p.80.
3. *Ibidem*.
4. GIORDANO, *Storia dell'Ospedale ...*, cit. p.6.
5. *Ibidem*.
6. *Ricerche statistiche del Granducato di Toscana, raccolte e ordinate da Attilio Zuccagni-Orlandini, segretario-capo della Sezione Ministeriale dello Stato Civile e della Statistica Generale*, t. V, Firenze, 1854, p. 316.
7. *Ivi*, p. 317.
8. Una parte dell'ex complesso psichiatrico è ora sede della Fondazione "Mario Tobino", consultabile in <http://www.fondazionemariotobino.it>.

Ospedale di S. Servolo, Venezia

A Venezia le isole della laguna sono impiegate a scopo sanitario per evitare il contatto con malati contagiosi fin dalla fine del XIII secolo quando, anche a causa degli stretti rapporti con l'Oriente, si decide di trasferire i lebbrosi dalla zona cittadina di S. Trovaso all'isola di S. Lazzaro¹. Del resto, anche per contenere la peste si utilizza un'isola, quella di S. Maria di Nazareth, da cui il nome "Nazaretum" e poi "Lazzaretto", che resterà nei secoli un grande centro di ricovero. Una volta guariti, i malati vengono trasferiti al "Lazzaretto nuovo", mentre la vecchia isola viene destinata, alla fine del Cinquecento, alla contumacia per le navi che provengono dai paesi sospettati di malattie contagiose, per volere del Magistero alla sanità di Venezia. Per la "cura della pazzia" la scelta si rivolge ancora una volta ad un'isola, quella di S. Servolo dove, alla metà del XV secolo, esisteva un convento occupato dalle monache fuggite da Candia. Nel 1715 nell'isola viene istituito l'"Ospedale delle milizie" e le poche suore rimaste vengono trasferite. È qui che, sotto le cure dei Frati Ospitalieri di S. Giovanni di Dio, nel 1725 un uomo, tale Messer Stefani, viene ricoverato come "pazzo"². Nel 1734 iniziano i lavori per la costruzione del nuovo convento, nell'angolo a nord-ovest dell'isola, che viene ampliata per ridurre a squadra l'area. Gli interventi più importanti, eseguiti sotto il capomastro Gaetano Brunello, in realtà si hanno a partire dal 1757 con i lavori per la ricostruzione della chiesa, a cui vengono aggiunti due campanili e due sottoportici, uno sopra la grande corte del convento ed uno sopra l'ospedale. Inoltre vengono ultimati i locali dell'ospedale,

che ora si presenta su due livelli, con le celle disposte sui due lati dei corridoi i quali si aprono su due cortili, adottando, quindi, un tipo "chiuso" intorno alle corti. Nel 1797 l'ospedale è aperto ufficialmente ai malati "mentecatti" di tutte le classi sociali, per volere del Comitato di salute pubblica.

A Venezia, quindi, più che in ogni altro luogo, la follia viene isolata e i suoi malati emarginati dalla società. Nel 1798, con l'occupazione austriaca, sono introdotte notevoli innovazioni nell'amministrazione, mentre l'ammissione e dimissione dei ricoverati è subordinata all'autorità di polizia, ma già nel 1802, a causa di difficoltà economiche, la gestione laica cessa e l'amministrazione ritorna ai Padri. Nel 1804 San Servolo diventa "Manicomio centrale" delle Province Venete della Dalmazia e del Tirolo e vengono ammesse le donne³. Per dare alloggio alle prime alienate si costruisce, su progetto dell'ingegner Fustinelli, un piccolo organismo "a padiglioni" a sud-ovest, collegandolo ai due vecchi corpi di fabbrica esistenti e riducendo lo spazio per gli uomini. Nel 1820 si trasferiscono i "tranquilli" all'Ospedale Civile dei SS. Giovanni e Paolo e dopo due anni è finalmente ultimata la sezione femminile, con un nuovo fabbricato a due piani e l'innalzamento di un piano della prima metà del corpo di fabbrica che da quest'ultimo si diparte verso est, per portarlo al livello del nuovo edificio. Nel 1856 viene invece realizzato il corpo a sud-est a tre piani, che presenta il nuovo ingresso con due grandi colonne in granito alte 7 metri in facciata, e la gradinata di approdo al lido. Ulteriori lavori si eseguono nel 1866 con la costruzione dell'ala a nord-est a tre piani, completata da un piccolo corpo di collegamento



con la nuova infermeria. Nel tempo, quindi, vengono realizzati tre “padiglioni isolati”, aggiunti a seconda delle necessità e con l’augmentare dei servizi. Nel dicembre del 1902, a causa della cattiva gestione, dei mezzi di contenzione ancora utilizzati e dei maltrattamenti messi in pratica nel manicomio, i padri ospedalieri Fatebenefratelli sono sollevati dalla gestione, affidata provvisoriamente al dottor Ernesto Bonvecchiato, direttore dell’Ospedale di San Clemente⁴. Così, le due Opere Pie di San Servolo e di San Clemente vengono fuse in un’unica istituzione con Regio Decreto nel 1904. Nel 1905 si realizza l’attuale cortile antistante l’atrio, ottenuto con la demolizione dell’ala destra; in compenso si ampliano le costruzioni della cosiddetta “manica lunga” nel passeggio esterno. Con Regio Decreto nel 1931, i manicomi centrali di San Servolo e di San Clemente passeranno sotto la gestione e la proprietà della Provincia di Venezia, cambiando il loro nome in “Ospedali Psichiatrici Provinciali”⁵.

Note

1. Sull’argomento si veda F. VIANELLO, *Le isole della follia*, in G.B. GARDIN, *Guida alla città di Venezia. Le isole della laguna di Venezia. Appendice*, Venezia, 1988.
2. N.E. VANZAN MARCHINI, *San Servolo e Venezia. Un’isola e la sua storia*, Venezia, 2004, pp. 126-128.
3. Ivi.
4. A. SALVIATO, *Pellagra e pazzia: i manicomi di San Servolo e di San Clemente*, in *Storia di Venezia. L’Ottocento e il Novecento*, a cura di M. ISNENGI, S. WOOLF Roma, 2002, pp. 905-930.
5. Ivi.

Manicomio di S. Niccolò, Siena

A Siena la prima assistenza psichiatrica risale al 1775, quando la Confraternita dei Disciplinati o “Compagnia della Madonna sotto lo Spedale” apre una “casa di custodia”¹. Nel 1788 il granduca Pietro Leopoldo (1747-1792) decide di chiudere tutte le strutture assistenziali toscane, predisponendo un solo grande ospedale a Firenze. Tale politica assistenziale accentratrice viene ben presto abbandonata e nel 1818 il granduca Ferdinando III Lorena (1769-1824) concede alla Confraternita l’uso del convento di S. Niccolò presso Porta Romana soppresso sotto il governo francese, il quale viene presto riadattato al nuovo uso. La direzione è affidata al dottor Giuseppe Lodoli, docente di Medicina Pratica e Clinica nell’Ateneo senese e, oltre ai malati di mente, vengono accolti i bambini affetti dalla tigna e «le zittelle che un illecito amore aveva rese madri»². L’asilo, realizzato in un fabbricato a corte la cui facciata principale è rivolta verso via Romana, si trova in una posizione eccellente in quanto, pur essendo all’interno della cinta muraria, è circondato da vasti terreni che lo isolano dalle abitazioni³. Nonostante la separazione tra le “puerpere” e gli alienati sia rispettata, i servizi generali sono in comune e la struttura, ricavata dal vecchio convento delle francescane (e quindi di tipo “chiuso”), risulta inadeguata ad accogliere le diverse classi di malati. Nel 1858 diviene direttore Carlo Livi, a cui si deve il riassetto della struttura: il direttore “licenzia” i malati affetti da malattie della pelle, abolisce l’uso delle catene e promuove la creazione di un nuovo ospedale⁴, di cui elabora un dettagliato progetto⁵. Il problema principale, però,

risulta essere quello del sovraffollamento, dato che Siena riceve anche i ricoverati delle Province di Pisa, Livorno, Arezzo e Grosseto. Pertanto nel 1869 la Società di Esecutori di Pie Disposizioni, proprietaria dello stabile, decide di demolirlo e di costruire un nuovo manicomio acquistando anche i terreni circostanti e il limitrofo convento dei Servi. Il progetto è affidato a Francesco Azzurri, che ha già realizzato l’ampliamento di S. Maria della Pietà a Roma. All’architetto, in realtà, viene chiesto di realizzare un unico edificio dove collocare oltre 500 malati più tutti i servizi, indirizzando la progettazione verso un modello che possiamo definire “accentrato” o “chiuso”. Nel 1870 Azzurri realizza così un edificio a pianta rettangolare e simmetrica, che si articola intorno a due grandi corti con al centro la cappella. Terminato il grande edificio dopo soli 14 mesi, il dottor Livi sostiene tenacemente di voler realizzare un’articolazione disseminata a “padiglioni” con annessa colonia agricola e industriale: convinto che l’ergoterapia possa essere un mezzo di recupero, il direttore vuole



organizzare il San Niccolò come un villaggio articolato in padiglioni destinati allo svolgimento di vari lavori che, oltre allo scopo terapeutico, servano anche a rendere l'istituto autonomo dalle risorse finanziarie della Compagnia⁶. Il vero cambiamento tipologico si ha, quindi, negli anni successivi quando, nel 1875, si costruisce il nuovo quartiere "Conolly", dove le celle per i "clamorosi" sono collocate intorno ad un corridoio semicircolare. Il padiglione "Ferrus", invece, viene costruito per gli "idioti", mentre dei piccoli fabbricati sulla collina dei Servi sono destinate alle varie officine. Infine per i "pensionari" viene costruita, tra il 1877 e il 1878, la "Villa". Con la realizzazione dei nuovi padiglioni, l'edificio centrale viene destinato alla direzione medica con la biblioteca e i gabinetti scientifici, oltre alla direzione amministrativa e ai servizi⁷. La nuova impostazione della struttura ospedaliera risponde meglio agli sviluppi della psichiatria e, nel creare padiglioni specifici per ognuna delle esigenze, Livi fa del S. Niccolò uno dei capisaldi dell'architettura manicomiale italiana. Infatti, nono-



stante il primo "padiglione isolato" venga realizzato ad Aversa nel 1855, mentre il primo complesso realizzato a "padiglioni distanziati" disseminati a "villaggio" sia quello di Reggio Emilia nel 1870, la nuova tipologia è comunque promossa da Livi già nel 1865. Tale sistema continuerà ad essere adottato a Siena anche nei primi decenni del XX secolo, con la costruzione del fabbricato dei "rettanti", e dei padiglioni fuori porta ("Villa per Signori" e "Villa per Signore"), realizzati nel 1933.

Note

1. *Joseph Guillaume Desmaysons Dupallans ...*, cit., p. 151. Sul S. Niccolò cfr.: *L'Ospedale psichiatrico di S. Niccolò in Siena della società di esecutori di pie disposizioni (1818-1933)*, a cura di A. D'Ormea,

Siena, 1933; A. CHERUBINI, F. VANNOZZI, *L'assistenza psichiatrica nella Toscana lorena. I manicomi di Firenze e di Siena*, in *La Toscana dei Lorena. Riforme, territorio, società. Atti del convegno di studi (27-29 novembre 1987)*, Firenze, 1989, pp. 311-350; *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozzi, Milano, 2007.

2. *Joseph Guillaume Desmaysons Dupallans ...*, cit., p. 151.

3. Ivi, p. 74.

4. Cfr. F. VANNOZZI, *Il manicomio di San Niccolò*, in *Storia di Siena. Dal Granducato all'Unità*, ivi, 1996, pp. 335-350.

5. C. LIVI, *Del vecchio e del nuovo Manicomio di San Niccolò in Siena - lettera del Medico Soprintendente prof. Carlo Livi al prof. Filippo Cardona*, in *Archivio italiano per le malattie nervose*, diretto da A. VERGA, C. CASTIGLIONI, S. BIFFI, a. I, Milano, 1865, p. 238.

6. Ivi, pp. 249-250.

7. DONGHI, *Manuale ...*, cit., p. 698.



Regio Manicomio, Torino

Nel Regno Sabauda i primi "Pazzerelli" appaiono all'inizio del XVIII secolo, e precisamente nel 1728, quando Vittorio Amedeo II, firmando le Regie Patenti, decide la costruzione nella capitale del regno, Torino, del primo "Spedale dei Pazzi", affidandone la gestione alla Confraternita del Santo Sudario¹. Il fabbricato viene realizzato all'interno dell'abitato, ma ben presto i locali risultano insufficienti: dalla cinquantina di ricoverati presenti all'apertura si arriva ad oltre duecento degenti nel 1780. Pertanto si decide di spostare l'ospedale in via delle Ghiacciaie, dove i locali dell'Istituto per

le figlie dei militari sono in gran parte demoliti e ricostruiti per assolvere alla nuova funzione. Anche in questo nuovo ricovero, ormai denominato "Regio Manicomio", non vi è abbastanza spazio per contenere il gran numero di "mentecatti". Nel 1828, il re Carlo Felice concede dunque alla direzione del manicomio un largo quadrilatero nella zona nord-ovest della città, affidando l'incarico per la costruzione della nuova sede all'architetto Giuseppe Talucchi, già progettista dell'ospedale di S. Luigi. A causa del sito, «una striscia di terreno lunga 268 metri e larga 88, con lato maggiore verso campagna esposto praticamente a nord pieno»² l'architetto dovrà purtroppo rinunciare

ai suoi progetti teorici, che traevano spunto da quelli dell'*Académie Royale des Sciences* di Parigi del 1772, e, in seguito, anche a quello, meno pretenzioso, che prevedeva un padiglione ad un solo piano per 150 pazienti. Questo progetto risulta infatti sottodimensionato dato che, come richiesto dal dottor Giovanni Stefano Bonacossa, che poi coprirà il ruolo di primario dell'ospedale per oltre trentasei anni, il manicomio deve contenere 400 alienati³. L'architetto, in stretta collaborazione con il Bonacossa e con forti limitazioni economiche nella realizzazione, non può far altro che optare per un edificio monoblocco con due corti interne, seguendo un rigido schema geometrico e adot-



tando il tipo manicomiale “chiuso”. Lo stabilimento viene aperto il 13 maggio 1834 ed ha il merito di essere il primo “Manicomio” in Italia costruito *ex novo*. L’edificio è costituito da un corpo centrale, alto tre piani, che contiene il blocco dell’amministrazione, la cappella e i servizi generali e da cui partono due ali laterali per ogni lato che lo collegano a due blocchi alle estremità, anch’essi di tre piani⁴. Il corpo centrale divide il manicomio in due zone distinte, destinate ai due sessi. Le ali sono parallele tra di loro e distano circa nove metri, ma sono un po’ più basse del resto del complesso, avendo solo due piani: al piano terra si trovano i dormitori ed i corridoi, mentre al primo piano vi sono alcune sale comuni sulle quali si aprono ulteriori alloggi. Desmaisons Dupallans nota che lo stabilimento presenta notevoli carenze, in quanto «non vi sono reparti separati per i furiosi ed i pensionanti. Inoltre mancano delle corti sufficientemente spaziose»⁵. La poca distanza tra le ali parallele, in effetti, determina degli spazi aperti stretti e lunghi, delle corti di ventilazione più che veri cortili di soggiorno. Anche Esquirol, che visita il “Regio Manicomio” appena dopo la sua apertura, sebbene sia impressionato dalla vastità dell’edificio, ne critica parecchi aspetti, dato che «le latrine non sono assolutamente inodori, i quartieri maschile e femminile non sufficientemente separati, i locali al piano terra non ben illuminati»⁶. Nello stile del manicomio, invece, Talucchi utilizza evidenti riferimenti classici nella successione degli archi sul fronte alto e uniforme, sovrastato dal timpano⁷. A tal proposito Desmaisons Dupallans afferma che in questo edificio «l’architettura è di uno stile perfettamente appropriato e non si priva della

maestosità che domina nei monumenti di Torino»⁸. Nell’impostazione progettuale, comunque, bisogna riconoscere all’architetto di aver cercato di collocare la costruzione il più vicino possibile all’odierno corso Valdocco per lasciare maggiore spazio disponibile verso via della Consolata in vista di futuri ampliamenti. A metà Ottocento viene infatti aggiunto il padiglione semicircolare del lato sud, su progetto dell’architetto Barnaba Panizza (1806-1895).

Note

1. CANOSA, *Storia ...*, cit., p. 20.
2. Sulla storia del Regio Manicomio si veda S. BALDI [et al.], *Il Regio manicomio di Torino. Scienza, prassi e immaginario nell’Ottocento italiano*, Torino, 2007.
3. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans ...*, cit. p. 153.
4. Ivi, p.123.
5. Ivi, p.124.
6. CANOSA, *Storia ...*, cit., p. 20. È celebre la polemica tra Bonacossa e Esquirol che aveva aspramente criticato il Regio Manicomio di Torino.
7. Sul Neoclassicismo in Talucchi cfr. E. DELLAPIANA, *Giuseppe Talucchi architetto. La cultura del classicismo civile negli Stati Sardi restaurati*, Torino, 1999.
8. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans ...*, cit. p. 122.

Casa di cura Ville Sbertoli, Pistoia

La “Casa di cura Ville Sbertoli” viene fondata come clinica privata per la cura delle malattie nervose dal professor Agostino Sbertoli nel 1868, dopo l’acquisto di due ville sulla collina pistoiese, e rappresenta uno dei pochi esempi di manicomi privati italiani di grandi dimensioni e notevole successo medico¹. Le ville erano state realizzate su un colle tra la valle della Brana e quella della Bure di Biaggio, e, secondo la più classica tradizione toscana, rappresentavano delle unità produttive costituite da «podere con casa da lavoratore e villa da padrone»². La Villa Franchini Taviani, posta in posizione più elevata e costruita prima del 1722, dopo i ripetuti rimaneggiamenti cui è stata sottoposta si presenta come un unico fabbricato a pianta rettangolare, lungo 21 metri e largo 17, che si eleva su tre piani, con la facciata molto semplice scandita da tre file di finestre e arricchita da un bel portone sormontato dal balcone³. Nel 1867 la villa viene affittata da Girolamo de Rossi ad Agostino Sbertoli e poi venduta con tutta la proprietà nel 1871. La Villa Rosati, invece, separata dalla precedente dalla via di Colle Gigliato, appartiene all’inizio dell’Ottocento ai Rosati, che la vendono nel 1876 allo Sbertoli. Si tratta di un edificio di grandi dimensioni, lungo 45 metri e largo 10, anch’esso elevato su tre piani. La facciata è tripartita da lesene in pietra serena e la parte centrale, con portone sormontato da un balcone incorniciato da due balconcini, è coronata da un grande fastigio con tre archi⁴. Le “Ville Sbertoli”, quali strutture private, accolgono fin dall’inizio i malati provenienti dalle famiglie italiane più agiate: la posizione così



riservata consente di ospitare anche persone affette da epilessia e ipocondria o con problemi di alcolismo. In breve tempo la Casa di cura, divenuta celebre anche a livello europeo, riceve

un gran numero di richieste di ricovero che rende necessario fin da subito un ampliamento dei locali. Sbertoli, che partecipa al dibattito psichiatrico italiano, è a favore di un sistema



disseminato "a padiglioni distanziati", su modello di quello che si sta realizzando a Siena per volere di Carlo Livi. Seguendo questo schema tipologico, iniziano i lavori nel 1876. I primi due edifici, il "gabinetto di ricevimento" e la "Villa di levante", sono terminati già nel 1880. La Villa Rosati, denominata ora "Villa di mezzogiorno", viene destinata a residenza dei clienti più facoltosi di ambo i sessi. La Villa Franchini Taviani, più piccola, è assegnata alle "Signore", mentre la nuova costruzione della "Villa di levante" ai "Signori". Il problema principale dell'istituto è che, adottando questa divisione per sesso e classi sociali, si determina la coabitazione di persone con diversi livelli di malattia. Nel 1884, pertanto, Sbertoli decide la costruzione di due villini annessi alle ville "per signore" e "per signori". Gli edifici vengono costruiti, su un solo piano e in stile eclettico, uno di fianco all'altro e sullo stesso asse, sul retro della nuova villa. All'inizio del 1890, il complesso è ufficialmente dichiarato dal Prefetto "Manicomio privato" e viene nuovamente ampliato. La vera ristrutturazione generale della Casa di cura avviene, in realtà, tre anni dopo, quando il professor Sbertoli si assume i costi per la realizzazione di una parte della strada comunale voluta per eliminare la via di Colle Gigliato che divideva le due antiche ville e quindi la proprietà. Per accedere alle ville viene quindi realizzata una nuova strada lunga 800 metri, con una serie di tornanti che dalla portineria sulla strada comunale porta al piazzale, cuore amministrativo e dei servizi del manicomio. Infine, nel 1896, si costruisce un nuovo padiglione destinato alle signore, un ulteriore edificio in stile eclettico con elementi rinascimentali, vetri colorati delle finestre a

scomparsa, tetto a padiglione con elementi a pagoda, decorazioni dipinte e a rilievo. Nel 1898, dopo la morte di Agostino Sbertoli, la conduzione passa al figlio Nino. Prima dello scoppio della Grande Guerra, il complesso risulta composto da quindici edifici, tra ville e padiglioni. Nel 1920 Nino Sbertoli conclude la sua attività vendendo la Casa di cura a dei privati pistoiesi, che si avvalgono della collaborazione della pubblica amministrazione. Nel 1950 la proprietà verrà definitivamente venduta alla Provincia e le "Ville Sbertoli" diventeranno l'"Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale" di Pistoia.

Note

1. Sulle Ville Sbertoli cfr. C. MATTOLI FOGGIA, *Il primo centenario delle Ville Sbertoli*, in "Bollettino dell'Accademia medica pistoiese Filippo Pacini", XXXIX, 1968, pp. 9-31.
2. A. OTTANELLI, *Le Ville Sbertoli. Da case signorili a residenze di salute e ospedale neuropsichiatrico provinciale*, in *Le dimore di Pistoia e della Valdinievole: l'arte dell'abitare tra ville e residenze urbane*, Associazione dimore storiche italiane. Sezione Toscana, a cura di E. Daniele, Firenze, 2004, p.117.
3. Ivi, p.118.
4. *Ibidem*.

Manicomio di S. Maria della Scaletta, Imola

Le prime notizie relative al ricovero di malati di mente ad Imola risalgono al 1775, anno in cui una sezione fino ad allora in disuso dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta viene adibita al ricovero provvisorio di individui affetti da patologie mentali¹. All'ospedale imolese, il cui nucleo originario in piazza Maggiore era stato costruito nel 1275 ad opera del movimento dei flagellanti con la funzione di accogliere i malati della città, erano stati accorpati altri sette ospedali nel corso del XV secolo. A partire dalla seconda metà del XVIII secolo, a causa del progressivo aumento della popolazione e del numero dei poveri, la struttura aveva iniziato a rendersi inadeguata alle richieste di assistenza, tanto che nel 1782 si era decisa la costruzione di una nuova sede fuori dalla cinta muraria della città, sulla via Emilia in direzione di Bologna, fortemente voluta dal vescovo Carlo Bandi sotto l'approvazione dello zio, papa Pio VI. Il vero rinnovamento dal punto di vista assistenziale arriva, però, in epoca francese, quando anche a Imola, annessa alla Repubblica Cispadana per intervento di Napoleone Bonaparte il 1 febbraio 1797, si decide di adattare un reparto dell'ospedale alla cura esclusiva dei "folli"². Passata l'epoca francese e ristabilita la gestione ecclesiastica sotto la Congregazione di Carità, nel 1841 il cardinale Giovanni Maria Mastai Ferretti nomina direttore amministrativo e sanitario dell'ospedale il dottor Cassiano Tozzoli (1785-1863) il quale riconosce da subito le carenze strutturali del reparto. Il nuovo direttore dell'ospedale, infatti, si trova a gestire un complesso ospedaliero

che contiene un reparto psichiatrico collocato in ambienti malsani, senza un'assistenza medica specifica e potendo ospitare solo 14 pazienti. Tozzoli si adopera quindi per la realizzazione di un vero e proprio manicomio, proponendone la costruzione sui terreni adiacenti all'ospedale. Il primo nucleo del nuovo manicomio di S. Maria della Scaletta viene inaugurato nel 1844 e inizialmente si limita ad assistere gli ammalati provenienti da Imola, ma dal 1847 comincia ad accogliere anche i pazienti provenienti da Forlì, Ferrara e Ravenna. Nel 1862 Tozzoli lascia la direzione a Luigi Lolli, il quale propone la costruzione di un nuovo edificio di concezione più moderna e razionale³. I lavori iniziano nel 1869 sotto la direzione dell'architetto Antonio Cipolla e si protraggono fino al 1880. Il nuovo ospedale, situato nella parte rivolta a sud, occupa un'area di 4 ettari, oltre la colonia agricola. Come suggerito da Lolli al progettista, la struttura viene realizzata a padiglioni separati e segue la tipologia "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" disposti su tre linee parallele, ciascuna della lunghezza di 250 metri e della larghezza di 40, con la capacità di 800 posti letto. Sull'asse centrale si incontrano tre grandi palazzi, dei quali il primo è destinato all'amministrazione, il secondo è adibito a dispensa, cucina e guardaroba, mentre il terzo ospita i bagni e i laboratori scientifici. I reparti sono collocati negli edifici laterali. La progettazione dei giardini, invece, è affidata a Ernesto di Sambuy, che nel 1877 ha già realizzato i giardini Margherita di Bologna. Nella planimetria conservata presso l'Archivio Storico Comunale di Imola, sono indicate le specie arboree che, distribuite con grande precisione, dovranno es-

sere presenti, tra cui quercia, acacia, pino, platano, ippocastano, magnolia⁴. A partire dal 1880 gli imolesi iniziano a chiamare il manicomio con il nome di "Centrale", per distinguerlo dalla nuova struttura manicomiale dell'"Osservanza" che si sta costruendo nei

pressi dell'omonimo convento cittadino. Dopo la morte del dottor Lolli la struttura vive un periodo di crisi, tanto che nel 1898 viene venduto dalla Congregazione di Carità alla Provincia di Bologna, assumendo così il nome di "Manicomio provinciale di Bologna in Imola".

L'ospedale assumerà più tardi il nome di "Villa dei Fiori" e sarà infine intitolato a Luigi Lolli, in onore del suo celebre direttore. La struttura, dalla fine del XIX secolo e per tutto il XX secolo, è destinata ai pazienti provenienti dalla sola Provincia di Bologna.



Note

1. F. GIACANELLI, S. IACHINI, C. MIGANI, *L'assistenza psichiatrica nella provincia di Bologna in epoca pontificia*, in AA.VV., *L'Ospedale dei pazzi . . .*, cit., p. 383. Sulla storia del manicomio di Imola si veda anche L. LOLLI, *Origine e fondazione del manicomio d'Imola*, ivi, 1890.
2. Il "pazerello" di S. Maria della Scaletta non è menzionato da Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans nel suo *Du service administratif et médical des asiles d'aliénés de l'Italie en 1840*, Castel d'Andorte, 12 settembre 1869.
3. C. MIGANI, *Per una storia dell'assistenza psichiatrica. Il casa Imolese (1862- 1900)*, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. CXVII, 1993, n.1, pp.119-152.
4. Cfr. *Progetto di giardino per l'entrata sud al Manicomio d'Imola di Ernesto di Sambuy*, Roma, 24 febbraio 1877, conservato presso l'Archivio Storico Comunale di Imola, fondo Ospedale psichiatrico, b. 40/28.

Ospedale Psichiatrico dell'Osservanza, Imola

Tra il 1880 e il 1890 i ricoverati nel manicomio imolese di S. Maria della Scaletta provengono da diverse province, tra cui quelle di Modena, Arezzo, Bari e Milano. Lo spazio, pertanto, inizia a non essere più sufficiente ad accogliere un numero così grande di degenti¹. Luigi Lolli (1819-1896), direttore del manicomio, e a cui si deve la creazione della struttura, si fa allora promotore di un nuovo progetto, che prevede la realizzazione di un secondo manicomio, definito "Osservanza", per via della vicinanza al convento omonimo. Nelle intenzioni dello psichiatra, la nuova struttura doveva essere del tutto indipendente e in grado di sopperire alle carenze di quello che ora viene chiamato Manicomio "Centrale". Secondo il dottor Lolli servono infatti due strutture: il "Centrale", il cui nome "S. Maria della Scaletta" nel frattempo è stato sostituito dal nome "Villa dei Fiori", avrebbe ospitato i malati "acuti" e "curabili", mentre al manicomio dell'"Osservanza" sarebbero andati i malati "incurabili", affetti da patologie mentali croniche. L'area su cui sorge il nuovo complesso dell'Osservanza, compresa la colonia agricola, è di circa 75.000 metri quadrati e la struttura, che riesce a ospitare fino a 1000 degenti, viene realizzata seguendo il tipo "a padiglioni distanziati"². Da una foto aerea della prima metà del XX secolo si può osservare come il nuovo manicomio sia sorto a fianco di un preesistente edificio monoblocco, ossia il convento dell'Osservanza, all'interno del complesso monumentale che comprende anche la chiesa di S. Michele Arcangelo e il santuario della Beata Vergine delle Grazie, legato all'opera

dei Frati Minori Osservanti stabilitisi ad Imola nel XV secolo, in un'area dove, tra l'altro, già sorgeva una piccola chiesa e un lazzaretto a corte. Dalle foto d'epoca si può inoltre notare che i padiglioni sono per la maggior parte degli edifici in linea dalla semplice forma rettangolare,

disposti su tre file parallele. Vi sono però anche due padiglioni ad H nella parte più distante dall'ingresso, dove si nota, tra l'altro, un edificio cupolato che coincide con la Sezione idroterapica. Da foto recenti si può ben osservare invece come alcuni padiglioni siano stati successiva-



mente collegati tra loro assumendo una forma ad U o a "ferro di cavallo". Come abbiamo visto, dopo la morte del dottor Lolli l'amministrazione del manicomio "Centrale" passerà alla Provincia di Bologna, che acquisterà il complesso imolese, destinandolo ai pazienti provenienti dalla sola Provincia di Bologna. L'"Ospedale psichiatrico dell'Osservanza, invece, rimarrà per molti anni nelle mani della Congregazione, continuando ad ospitare i malati provenienti dalle altre province. A proposito delle strutture manicomiali di Imola, bisogna osservare come una delle loro caratteristiche principali sia la loro straordinaria dimensione se paragonata a quella della città tra Ottocento e Novecento. Anche per questo motivo, oltre che per i trattamenti terapeutici e l'approccio generale alla malattia psichiatrica, le due strutture sono divenute un modello architettonico e terapeutico, e non a caso, nel 1874 Imola è scelta come sede del primo congresso nazionale della Società italiana di freniatria³. Inoltre, la presenza di ben due manicomi ha conferito ad Imola l'appellativo di "città dei matti".

Note

1. MIGANI, *Per una storia ...*, cit., pp. 119-152. Sulla storia del manicomio dell'Osservanza cfr.: F. GIACANELLI, S. IACHINI, C. MIGANI, *L'assistenza psichiatrica nella provincia di Bologna in epoca pontificia*, in *L'Ospedale dei pazzi ...*, cit.; LOLLI, *Origine ...*, cit.
2. Secondo Donghi il manicomio di Imola viene realizzato secondo tale tipologia nel 1902 per 900 alienati (DONGHI, *Manuale ...*, cit., p. 677).
3. Anche l'organizzazione del Congresso si deve a Luigi Lolli, che sarà direttore di entrambe le strutture fino alla sua morte, avvenuta nel 1896.

Ospedale psichiatrico P. Pisani, Palermo

A Palermo la prima istituzione destinata alla cura della malattia mentale è quella della "Real Casa dei Matti", nata ufficialmente il 10 agosto 1824, quando il marchese Pietro Ugo, luogotenente generale in Sicilia, nomina il barone Pietro Pisani deputato dell'"Ospizio dei matti"¹. Inizialmente gli alienati alloggiavano presso l'ospedale di San Giovanni dei Lebbrosi, edificato nel 1071 da Guglielmo I, utilizzato per le milizie e successivamente destinato ai lebbrosi. La struttura si era rivelata inadeguata fin dall'inizio, dovendo accogliere, oltre ai malati di mente, anche gli scabbiosi, i tisici e gli appestati del 1576². Nonostante ciò, è solo nel 1802 che i malati "folli" vengono trasferiti in un luogo a loro riservato, trovando alloggio nei locali del piccolo convento dei Padri Teresiani Scalzi per volere di Maria Carolina d'Asburgo Lorena (1752-1814), regina di Napoli e delle Due Sicilie, moglie di Ferdinando IV di Borbone, la quale, durante una visita al

vecchio ospedale, si rende conto delle condizioni pietose in cui vivono gli ammalati. In realtà tale trasferimento non cambia di molto le condizioni di vita degli alienati, come testimonia anche Desmays Dupallans³. La vera riforma dello stabilimento si ha invece con il barone Pisani, che dota la struttura dell'ex convento di un adeguato numero di medici, stabilendo un vero e proprio regolamento interno⁴. Partendo dalle idee degli alienisti francesi Esquirol e Pinel, Pisani promuove il "trattamento morale" allontanando tutti gli individui affetti da malattie incurabili o contagiose e impegnandosi senza sosta fino a quando il governo non decreta la costruzione di nuovi fabbricati che «l'interesse del servizio esige imperiosamente»⁵. Viene deciso, quindi, di utilizzare una parte del convento e di aggiungervi nuove divisioni. A partire del 1870 l'istituto assume la denominazione di "Ospedale Psichiatrico Pietro Pisani" e nel 1878, dopo la nomina a direttore del dottor Gaetano La Loggia, viene istituita la cattedra di clinica psi-



chiatrica. La vecchia struttura conventuale, nonostante gli ampliamenti realizzati, risulta ormai insufficiente allo svolgimento di un'adeguata assistenza psichiatrica e pertanto nel 1883 viene progettata la costruzione di una nuova struttura in località Vignicella⁶. I primi padiglioni cominciano a sorgere tra il 1888 e il 1889 secondo il progetto realizzato dall'architetto Francesco Palazzotto (1848-1915), su incarico del commendator Salesio Balsano, presidente del Consiglio di Amministrazione della "Real Casa dei Matti"⁷. Il complesso è ultimato tra il 1901 e il 1902 e risulta composto da un grande sistema di "padiglioni avvicinati collegati da gallerie". I reparti sono per la maggior parte degli edifici in linea paralleli tra di loro e collegati da una galleria semi-sotterranea provvista di un impianto di *Decauville*⁸. Per ogni divisione (maschile e femminile) i reparti sono organizzati in quattro padiglioni a due piani per i "tranquilli" e due padiglioni a due piani per i "semi-agitati". La sezione "agitati", invece, differisce tra i due

sessi: nella divisione femminile i padiglioni sono disposti in maniera ortogonale al corridoio di servizio (come nel tipo inglese *Standard Pavillion Plan*), mentre nella divisione maschile i padiglioni sono disposti a semi-cerchio, ossia radialmente rispetto al corridoio di servizio (come avviene nel tipo inglese *Radial Pavillion Plan*) come è stato già realizzato per il Manicomio di Voghera nel 1873 dagli architetti Monti e Savoldi⁹. Nella parte centrale, che divide simmetricamente la divisione maschile da quella femminile, invece, troviamo il padiglione dell'"ammissione", quello dei "servizi generali" a tre piani, due infermerie, la cappella e la "lavanderia" a vapore¹⁰. Vi sono, inoltre, tre padiglioni separati ad un piano per i "sudici", i "paralitici" e i "fanciulli", oltre ai due villini per i "pensionanti", tutti collocati parallelamente al viale che dall'edificio dell'amministrazione porta alla sezione contagiosi e alla stazione di disinfezione. Infine le officine, la sala mortuaria, il gabinetto anatomico e l'edificio per la colonia agricola occupano degli

edifici esistenti, riadattati ai nuovi usi. Un'ulteriore "ristrutturazione" dell'ospedale si avrà nel 1935, grazie al nuovo direttore Giuseppe Santangelo, che riordinerà radicalmente l'organizzazione dei vari reparti tramite un'accurata divisione in sezioni e sottosezioni.

Note

1. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans ...*, cit., p. 139.
2. Cfr. G. BONAFFINI, *Per una storia delle istituzioni ospedaliere a Palermo tra XV e XIX secolo. Fonti e proposte*, Palermo, 1980.
3. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans*, cit., p. 40.
4. P. Pisani, *Istruzioni per la novella Real Casa dei Matti in Palermo*, Palermo, 1827. Sulla vita del barone Pietro Pisani si veda G. AGNETTI, A. BARBATO, *Il Barone Pisani e la Real Casa dei Matti*, Palermo, 1987.
5. *Joseph Guillaume Desmaisons Dupallans ...*, cit., p. 40. Sul "trattamento morale" a Palermo si veda S. BENNATI, *La cura morale nella Real Casa dei Matti*, in "La Sicilia", 8 febbraio 1987, p. 3.
6. Cfr. V. TERRANA, *La Sicilia e le organizzazioni sanitarie psichiatriche*, in "Il Pisani. Rivista di psichiatria e di neurologia", gennaio-dicembre 1978.
7. cfr. G. DOTTO, *Discorso per il primo centenario dell'Ospedale psichiatrico di Palermo*, in "Il Pisani ...", cit., gennaio-giugno 1928.
8. DONGHI, *Manuale ...*, cit., p. 712.
9. Sul Manicomio di Pavia in Voghera cfr. ivi, p. 702-703.
10. Ivi, p. 712.



Manicomio Provinciale di S. Maria della Pietà, Roma

Alla fine del XIX secolo il manicomio romano di S. Maria della Pietà, con il suo lungo edificio in via della Lungara, rappresenta una struttura assistenziale inadeguata ai nuovi approcci alla

malattia psichiatrica, che ormai richiede complessi assistenziali nella forma di "padiglioni isolati" realizzati fuori dal contesto cittadino. La collocazione della struttura all'interno del nucleo urbano, che non permette ulteriori ampliamenti, la volontà di ricostruzione del lungo Tevere parallelamente alla cessione del mani-



comio da parte della Commissione amministrativa degli ospedali alla Provincia, determina la volontà di realizzare un nuovo complesso psichiatrico e di demolire l'antica sede. Il 15 agosto 1904 viene quindi bandito il concorso per la costruzione di un nuovo manicomio fuori porta S. Giovanni¹. Il concorso viene vinto dagli ingegneri Edgardo Negri e Silvio Chiera, ma i lavori di costruzione della nuova sede iniziano solo nel 1908 presso l'area di S. Onofrio in campagna, nel quartiere Trionfale, a Monte Mario. La novità del complesso psichiatrico è quella di avere un particolare impianto planimetrico che si articola intorno a tre percorsi circolari. Il primo di questi percorsi parte dall'ingresso principale e su di esso si affacciano gli edifici della direzione e i padiglioni dell'osservazione. Il secondo, più grande e interno, si sviluppa invece intorno ai servizi generali quali le cucine, l'officina, la lavanderia e il guardaroba. L'ultimo percorso, invece, collega tutti i padiglioni di degenza attraverso dei piccoli percorsi secondari. Il complesso, composto da 41 padiglioni, di cui 24 per i malati e 17 per i servizi, presenta inoltre due piazzali². Su quello d'ingresso si trovano la direzione, l'amministrazione, i gabinetti scientifici, i laboratori, la farmacia, i magazzini, le abitazioni per i medici, la biblioteca ed il grande salone per i festeggiamenti con palcoscenico. Sul piazzale dei servizi, invece, si affacciano la cucina, la lavanderia, la casa delle suore, la stireria, l'abitazione del personale stabile ed i magazzini per i combustibili. Il punto d'unione ideale dei due piazzali è rappresentato dalla chiesa con pianta a croce latina e ingresso rivolto verso l'interno del complesso. L'ospedale, inoltre, è dotato di tre colonie agricole in cui trovano

alloggio e lavoro 150 uomini e 150 donne³. Il Manicomio Provinciale di S. Onofrio in campagna adotta quindi un articolato sistema "a padiglioni distanziati" a forma di "villaggio" che, nonostante la sinuosità dei percorsi, si basa su una «rigida simmetria che si ripercuote in maniera più evidente nella forma architettonica dei padiglioni»⁴. È infatti l'asse di simmetria a separare la zona maschile a destra da quella femminile a sinistra, e sull'asse stesso si trovano tutti i servizi comuni. Il manicomio, inoltre, presenta due ingressi laterali divisi per sesso con le relative portinerie ed uno centrale esattamente di fronte alla direzione. Tutti i padiglioni, realizzati in stile rinascimentale e distanti tra loro circa 50 metri, si sviluppano su due livelli con i locali di soggiorno al pian terreno e i dormitori e le celle di isolamento al piano superiore. Seguendo quelli che Donghi definisce «moderni criteri di decentramento e di analogia di trattamento»⁵, ogni padiglione risulta autosufficiente, in modo da permettere ai servizi di poter funzionare autonomamente come eventuale servizio sanitario: oltre ai dormitori, ogni padiglione contiene i refettori, le camere di soggiorno e di isolamento, i bagni e le docce. Inoltre, nei padiglioni "pediatrici" della sezione "tranquilli" vi sono, oltre alle sale di soggiorno, anche le scuole⁶. Particolari accorgimenti sono riservati agli "invigilanti" tendenti al suicidio, collocati in padiglioni ad un solo piano con cortili recintati da un alto muro e guardati a vista da un infermiere. I "delinquenti" uomini, invece, sono collocati al primo piano in stanze con finestre apribili solo dall'esterno⁷. Il complesso, progettato per 1000 pazienti, arriverà a contenerne fino a 3500, per cui sarà necessaria la realizzazione

delle succursali di Ceccano e di Rieti, che diventeranno Manicomi Provinciali dopo il 1927, con la creazione delle province di Frosinone e Rieti.

Note

1. P. SALERA, *Il complesso architettonico di S. Maria della Pietà dal 1548 al 1914*, in *L'Ospedale dei pazzi... cit.*, p. 217.
2. DONGHI, *Manuale ...*, cit., p. 720.
3. *Ibidem*.
4. SALERA, *op. cit.*, p.218.
5. DONGHI *Manuale ...*, cit., p. 720.
6. Ivi, p.722.
7. Ivi, p.724.

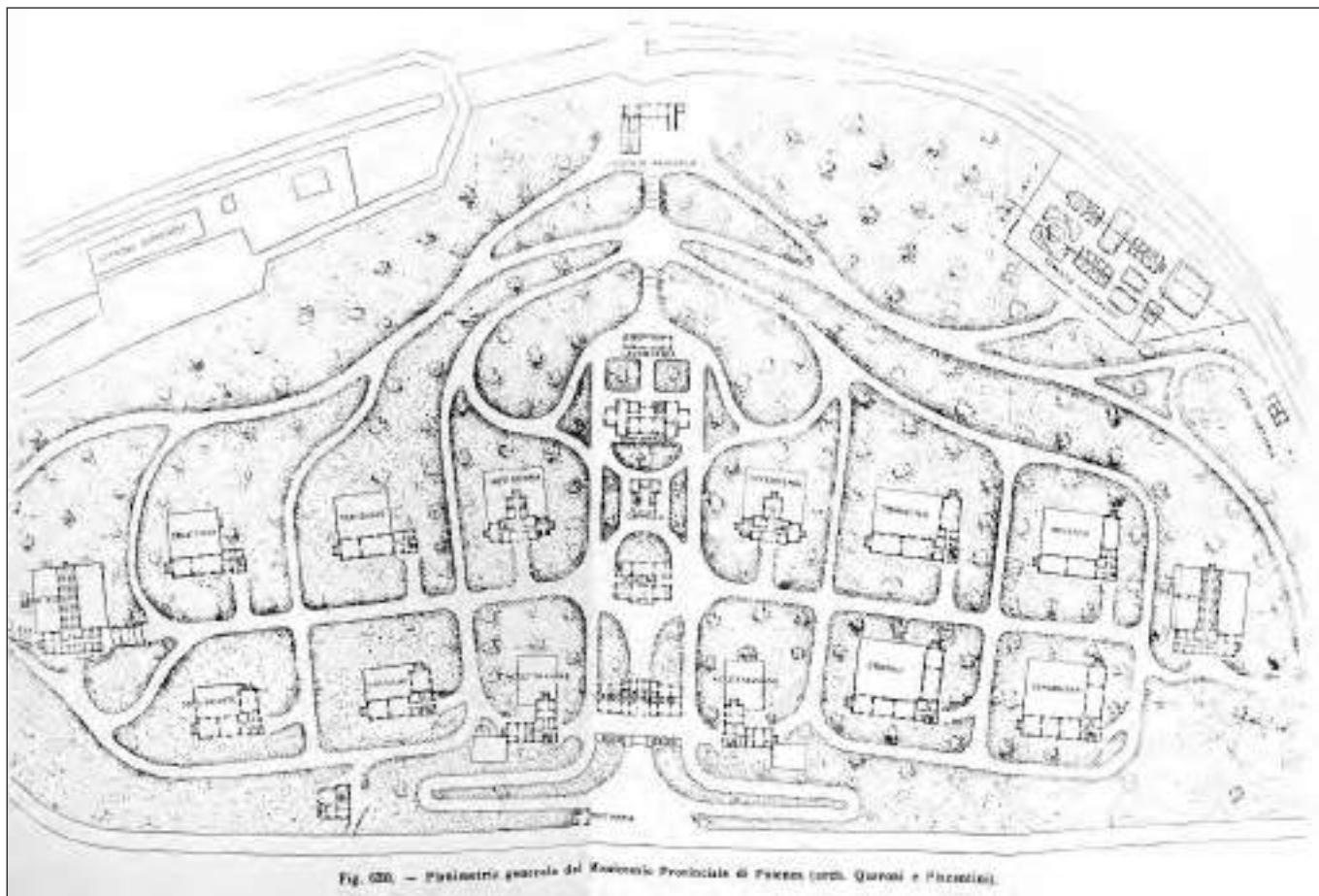
Manicomio Provinciale, Potenza

Sin dalla fine del XIX secolo si sentiva in Basilicata l'esigenza di assicurare un'assistenza psichiatrica locale, dato che non esistevano sul territorio strutture specifiche di accoglienza e gli alienati erano mandati ad Aversa dove, alla data del 25 Maggio 1899, erano ricoverati 198 ammalati¹. Un primo progetto per un manicomio a Potenza viene presentato nel 1899 dal cav. Giovanni Ricco, direttore del Manicomio interprovinciale di Nocera Inferiore, ma il concorso viene bandito solo il 30 novembre 1905, dopo anni di dibattiti e proposte². Il bando prevede che il manicomio venga progettato in contrada S. Maria, nell'area prossima alla stazione ferroviaria già individuata nel 1899, per il ricovero di trecento degenti con la possibilità di permettere future espansioni, e che risponda alle moderne tecniche manicomiali. La Deputazione, in accordo con la Commissione esaminatrice, giudica vincitore il progetto denominato *Ophelia* redatto dall'ingegnere Giuseppe Quaroni e dall'architetto Marcello Piacentini³. Il progetto prevede la realizzazione di diciotto padiglioni contenenti le varie sezioni, una cappella ed una serie di edifici di servizio. La tipologia prescelta dai progettisti è quella "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" che risulta essere «il tipo ormai diffusissimo in Germania, in cui la tecnica manicomiali ha raggiunto uno sviluppo ed un progresso superiore all'Italia, ed è attualmente preferito dai moderni alienisti»⁴. L'intero complesso è organizzato secondo due assi principali: quello ad andamento trasversale, denominato "asse dei servizi", che funge anche da asse di simmetria, e quello ad an-

damento longitudinale, denominato "asse dei reparti". L'ingresso principale sulla strada Provinciale presenta una rampa carrozzabile e due gradinate laterali situate in prossimità di un tunnel sotterraneo, che permettono alle vetture ed ai pedoni di accedere al piazzale superiore. Qui si trova l'edificio dell'Amministrazione, da cui partono le gallerie che conducono a tutti i padiglioni, ad eccezione del

"Reparto contagiosi" e dei "Pensionari". Dietro l'Amministrazione, si trovano le cucine, con ampi magazzini riforniti direttamente dalla strada sotterranea, la cappella, la lavanderia e infine il piccolo edificio per i criminali. L'asse dei reparti interseca perpendicolarmente l'asse dei servizi in corrispondenza delle cucine, da cui parte la galleria trasversale sotterranea, percorsa dalla *Decauville*. La colonia agricola,

la sezione "contagiosi", la camera mortuaria ed il fabbricato della disinfestazione, invece, vengono collocati in due aree lontane. Infine, ai lati dell'ingresso principale sono previsti i due "Pensionari", «fabbricati un poco più eleganti degli altri (...) onde dare al malato la illusione che si trovi non già in un ospedale, ma in una pensione, od in una villeggiatura!»⁵. Le dimensioni del progetto e le particolari so-



luzioni tecnologiche adottate determinano un aumento dei costi, che l'Amministrazione Provinciale non è in grado di sostenere. I due progettisti propongono allora la costruzione del manicomio in tre tempi, realizzando inizialmente gli edifici per i servizi generali, modificati secondo le indicazioni della Commissione, ed i padiglioni strettamente necessari. Il nuovo progetto prevede la soppressione delle gallerie trasversali, dei portici appartenenti al corpo centrale dei servizi e di tutti i muri di cinta, mentre, per volere della Commissione esaminatrice, vengono soppressi la lavanderia a vapore, l'officina elettrica e la *Decauville*. In tal modo il manicomio passa dal tipo "a padiglioni avvicinati collegati da gallerie" a quello "a padiglioni distanziati", e secondo tale tipologia i lavori iniziano il 5 settembre 1907⁶. Le date di ultimazione dei lavori non vengono rispettate a causa di problemi economici, oltre a subire rallentamenti a causa della mancanza di manodopera durante la Grande Guerra, tanto che la Deputazione è costretta a prorogare il contratto "per il mantenimento dei folli" nel Manicomio di Aversa fino al 1917. L'apertura ufficiale dell'ospedale avviene nel 1927. Alcuni locali saranno utilizzati per scopi militari durante la prima Guerra mondiale, mentre la galleria sotterranea, realizzata solo dall'ingresso principale fino all'edificio delle cucine, nel 1934 diventerà "Museo della Rivoluzione Fascista", il cosiddetto "Covo degli Arditi"⁷.

Note

1. Sull'argomento cfr.: G. DE FILPO, *Manicomio o riduzione della sovrainposta?*, Potenza, 1904; G. RICCO, *Pel Manicomio della Basilicata*, Nocera In-

feriore, 1900.

2. C. DE FINO, *Il recupero sostenibile dell'edilizia dei primi decenni del Ventesimo Secolo mediante materiali e tecniche innovative*, Potenza, 2008, p.252.

3. *Il progetto premiato pel manicomio di Potenza*, in "Bollettino della Società degli Ingegneri e degli Architetti Italiani", XIV, nn. 37-38, Roma, 1906.

4. M. PIACENTINI, G. QUARONI, *Relazione del progetto del manicomio Provinciale a Potenza - Motto: Ophelia*, in *Il progetto premiato ...*, cit., p. 558.

5. Ivi, p. 588.

6. Dalla planimetria catastale attuale si desume che i nove edifici ancora oggi esistenti, riconvertiti negli anni a residenze, sono stati realizzati secondo la planimetria riportata dal Donghi (DONGHI, *Manuale ...*, cit., p.713) e non secondo la planimetria del primo progetto *Ophelia*.

7. DE FINO, *Il recupero sostenibile ...*, cit., p. 321.

L' Ospedale Psichiatrico S. Girolamo, Volterra (1884-1980)¹

di Elena Tealdi e Vincenza Trimigno

Per quanto riguarda le origini dell' ex Ospedale Psichiatrico di Volterra, dobbiamo risalire al 1252, quando sorgeva in Borgo San Lazzaro un ospedale per ammalati affetti da lebbra. Gli Statuti volterrani della prima metà del XIII secolo riferiscono che l'Ospedale di Borgo San Lazzaro aveva una Congregazione di Carità composta da un rettore, alcuni conversi e dagli stessi pazienti. Tale comunità viveva di elemosine, lasciti e donazioni; gli ammalati più abbienti di questo nosocomio pagavano una retta. Dopo un periodo di difficoltà e di decadenza dell'edificio, tra il 1441 e il 1454 ci furono sostanziali miglioramenti.

Nel 1468 il Pontefice Paolo II affidò l'Ospedale di San Lazzaro ad un commendario e l'edificio subì profonde trasformazioni che gli consentirono di ospitare gli ammalati fino alla fine del XVI secolo.

Nel 1471 il Comune fece elevare, dopo una vibrata protesta, un muro di cinta intorno all'Istituto, perché i pazienti venivano fatti uscire fuori dall' Ospedale.

Nel XVII secolo cominciarono ad essere ricoverati in quel luogo, oltre agli ammalati di lebbra, vecchi e ammalati mentali.

Il 3 Gennaio del 1875 il Governo concesse l'uso del Convento di San Girolamo al Comune, Convento già appartenuto ai francescani, ma abbandonato perché caduto sotto la legge della soppressione. Viene fondato un Ricovero di Mendicità, grazie alla donazione di una ragguardevole somma di denaro da parte del cittadino Giuseppe Nicolò Viti (morto nel 1860)

e ai fondi raccolti molti anni prima per erigere un monumento in Volterra al Pontefice Pio XI. Tutto questo non bastò e il "Capitolo della Cattedrale offrì alla Congregazione sia l'usufrutto di una casa già adibita a ricovero per i poveri abbandonati, sia la rendita che serviva come dote alla stessa casa, a condizione che quattro letti fossero riservati ai poveri della parrocchia della Cattedrale e che tornasse al Capitolo nel caso l'ospizio dovesse chiudersi."². Inizialmente il Comune ordinò di occupare l'ultima parte del Monastero di San Lino, rimasto alle suore; ma il presidente della Congregazione, non ritenendolo giusto nei confronti delle Clarisse, chiese al Vescovo, Monsignor Capponi, di fare in modo che il Municipio scegliesse il Convento di San Girolamo. La prima sede di detto Asilo fu allocata in una parte espropriata del Convento di San Girolamo.

Il 9 Luglio del 1881 il Comune divise il Convento in due parti in modo che potesse servire sia per Ospizio di Mendicità sia per Consorzio Agrario; quest'ultimo però ebbe vita breve.

Il 27 Gennaio del 1884 l'Ospizio aprì le porte ai primi vecchi e il 5 Giugno dello stesso anno fu riconosciuto come Ente Morale; così ebbe inizio l'Opera Pia di Santa Chiara in San Girolamo, fondazione di un Ricovero di Mendicità ad opera della Congregazione di Carità.

Nel 1887 Aurelio Caioli divenne presidente della Congregazione; il suo contributo fu fondamentale per la crescita del Ricovero. Infatti in quel periodo la Provincia di Pisa mandava i suoi Dementi al San Nicolò di Siena, che divenne così popolato da richiedere uno sfollamento, nonché l'aumento della diaria per ogni ricoverato.

Caioli non si fece sfuggire l'occasione e stipulò

una convenzione con la Provincia, in cui si fissava una retta giornaliera più bassa per ogni ricoverato.

Nel 1888, in accordo con il Prefetto di Pisa, si trasferirono i primi "Dementi tranquilli" da Siena a Volterra. In breve tempo il numero degli ammalati ricoverati aumentò tanto che l'Amministrazione, non avendo più spazio, dovette procurarsi altri locali. Iniziò affittando, nel 1890, Villa Papignano, vicino all'Istituto³, proseguì nel 1896 con la realizzazione di un vero e proprio manicomio del cui progetto il Caioli incaricò l'ing. F. Allegri. La struttura permetteva di portare, nel 1898, a 130 unità, nel 1899 a 224 unità e nel 1900 a 282 unità, la popolazione dell'Asilo Dementi. Il primo padiglione realizzato fu il Kraft-Ebing, l'attuale Scabia, capace di oltre 200 posti letto.

Ma il boom edilizio iniziò nel 1900, anno in cui fu affidata la direzione al dottor Luigi Scabia, e nel 1902 il complesso ospedaliero acquisì il nome di Frenocomio di San Girolamo, con decreto reale del 5 Giugno. Tale espansione si basava su criteri organizzativo - scientifici per la cura delle malattie mentali, in quanto Scabia riteneva necessario togliere ogni carattere di reclusione agli edifici; egli voleva che l'ammalato fosse libero e partecipe della vita sociale all'interno del complesso ospedaliero, basando la sua terapia sulla attività lavorativa (*no restraint* ed ergoterapia) e creando così un vero e proprio villaggio autonomo⁴, con officine elettriche, falegnamerie ed altre attività artigianali, in modo da renderlo autosufficiente sotto ogni aspetto.

Si partì con l'acquisto di Villa Falconcini, l'attuale padiglione Kraepelin (1905), ed il podere Velloso, ridotto oggi a colonia agricola.

Vennero ristrutturati e ampliati i locali più antichi del vecchio Convento (Chiarugi) e del primo padiglione costruito (l'attuale Scabia). Inoltre vennero costruiti la Lavanderia Morel e il padiglione Verga⁵ (1908-1910), capace di 120 posti letto. La sua particolarità era quella di essere costruita su tre piani, in quanto le normative tecniche richiedevano all'epoca due soli piani per non più di 50 ammalati. Si aggiunsero ancora il padiglione Zacchia, la colonia agricola Zani, Koch (1909-1911), Morgagni (1909-1912), l'officina elettrica, la Villa dei Cronici, gli Opifici, le colonie agricole, una fornace per laterizi, costruita al di fuori dell'area di San Girolamo, verso Oriente, ai piedi di Poggio alle Croci. Fu proprio l'area di Poggio alle Croci, durante la Prima Guerra Mondiale, la zona interessata per lo sviluppo del Frenocomio. A causa della crescente necessità di spazi sia aperti che chiusi, vennero acquistati sei ettari di terreno, sui quali avvenne la costruzione dei padiglioni maggiori: lo Charcot, nato come colonia agricola femminile, nel 1927-1929; il Ferri, nel 1929, come padiglione giudiziario, destinato ai malati criminali; il Maragliano, nel 1931-1933, destinato ai tubercolotici; un'officina giudiziaria ed il macello Mendel (1933). Dopo Scabia, fino al 1941, vennero costruiti, sempre nell'area di San Girolamo, altri padiglioni: il De Giovanni (1930), il Mingazzini (1933-35), il blocco laboratori-sale operatorie (1933-35), il cinema-teatro (1935), l'autorimessa (1932-34) ed i padiglioni Bianchi e Tebaldi. Durante questo lungo periodo di espansione il Frenocomio ospitò un numero di malati, provenienti dalle varie zone d'Italia, in continuo aumento, fino a raggiungere 3700 ricoverati nel 1934. Si realizzò quindi una città nella città,

una vera “reggia della follia”, come la definì Gabriele d’Annunzio nel romanzo *Forse che sì forse che no*.

Questo villaggio autonomo fu capace di sostenere se stesso e indirettamente anche Volterra, in quanto fonte inesauribile di opportunità lavorative anche per i Volterrani. Infatti la crisi economica del 1929, che colpì soprattutto l’industria alabastrina, venne superata grazie ai posti di lavoro offerti dal Frenocomio. L’Ospedale psichiatrico entrò in crisi durante i primi anni Settanta e venne chiuso a seguito dell’approvazione della Legge n°180 del 13-5-1978, la cosiddetta Legge Basaglia, «che attuava il superamento dell’ospedale psichiatrico delegando agli ospedali generali, attraverso specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura, il compito di assistere malati di mente necessitanti di degenza ospedaliera»⁶. Il recupero dei padiglioni dell’ex ospedale psichiatrico cominciò nel 1980, con la riconversione di parte degli edifici nel nuovo Ospedale Civile di Volterra.

Note

1. Il presente contributo è un estratto di: ELENA TEALDI, VINCENZA TRIMIGNO, *Progetto di conservazione e riuso dell’ex ospedale psichiatrico di Volterra - Analisi dei caratteri costruttivi e architettonici ai fini della conservazione dell’ex ospedale psichiatrico di Volterra*, tesi di Laurea in Architettura, Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio” di Pescara, A.A. 2010/ 2011 relatore Prof. Arch. MARCELLO D’ANSELMO.

2. P.L. DELLE PIANE, *Come è sorto l’Ospedale Psichiatrico*, “Volterra”, n. 11, Novembre 1974.

3. Arrivava ad ospitare 37 malati cronici per conto della Provincia.

4. La concezione dell’impianto ospedaliero, quindi,

rientra nella tipologia di Padiglioni disseminati a villaggio, in posizione periferica rispetto alla città. I padiglioni, alcuni ravvicinati e altri distanziati tra loro, sono caratterizzati da uno sviluppo planimetrico longitudinale pronunciato e da uno sviluppo in altezza non maggiore di due piani. Le forme presenti sono ad H, U, a pettine. «Questi formano cortili chiusi da tre lati ed hanno la possibilità di delimitare facilmente il quarto lato aperto, così da rendere agevole e sicura la sorveglianza dei malati durante le ore all’aperto. Nello stesso tempo ciò consente una buona circolazione dell’aria e un soleggiamento migliore rispetto alle forme chiuse» (M. CURRELLI, *Metodologia di recupero di strutture già destinate ad ospedale psichiatrico*, tesi di Laurea in Architet-

tura, Università degli studi di Firenze, A.A. 1998/1999, relatore Prof. Romano Del Nord)

5. C. CACIAGLI, “Laboratorio universitario volterrano”, Quaderno III, 1998-1999, Università degli Studi di Pisa («Considerato dallo Scabia un “padiglione modello”»).

6. G. GAZZARRI, *Ipotesi progettuale di riuso degli ex padiglioni psichiatrici con destinazione centro polifunzionale in Volterra*, tesi di Laurea in Architettura, Università degli studi di Firenze, A.A. 1994/1995, relatore Prof. Corrado Latina.

Sotto: Area Ospedale. Parallelo tra una panoramica del 1910 (superiore) e una del 1932-1933 (inferiore) dove si può notare lo sviluppo del complesso.



BIBLIOGRAFIA PER ARGOMENTI

Manicomio e storia dell'ospedale

- ADORNO Piero, *L'arte italiana*, Vol. 1, tomo 1, *Dalla preistoria all'arte paleocristiana*, Messina [etc.]: G. D'Anna, 1992.
- ANFOSSO Luigi, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed al Regolamento approvato con R. Decreto 5 marzo 1905, n. 158*, Torino, UTET, 1907.
- ARIAS Paolo Enrico, *L'arte della Grecia*, Torino, UTET, 1967.
- Atti del primo congresso europeo di storia ospedaliera: 6-12 giugno 1960*, Reggio Emilia, Centro italiano di storia ospedaliera, 1962.
- Atti del secondo congresso italiano di storia ospedaliera: Torino, St. Vincent, 7-9 giugno 1961. Tema generale: L'assistenza ospedaliera nell'età del Risorgimento*, [S.l. : s.n.], stampa 1962 (Cirié: Capella).
- AZIENDA ULSS 18, UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA, *Gli ospedali tra passato e presente*, Rovigo, Minelliana, 1997.
- BAKER Patty, The Roman Military Valetudinaria: Fact or Fiction, in ARNOTT Robert, The Archaeology of Medicine Proceedings of the Theoretical Archaeology Group, Oxford, Archaeopress, 2002.
- BORZACCHIELLO Assunta, *La grande riforma: breve storia dell'irrisolta questione carceraria*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 2-3/2005.
- CABRAS Pier Luigi, CHITI Silvia, LIPPI Donatella, *Joseph Guillaume Desmays Dupallans: La Francia alla ricerca del modello e l'Italia dei manicomi nel 1840*, Firenze, Firenze University Press, 2006.
- CALCI Carmelo, *Roma archeologica: le scoperte più recenti della città antica e della sua area suburbana*, ivi, Adnkronos libri, 2005.
- CANOSA Romano, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979.
- CAPOLONGO Stefano, *Edilizia ospedaliera ed evoluzione sociale*, in *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Milano, Hoepli, 2006.
- CATANANTI Cesare, *La Nascita dell'ospedale moderno tra i "Lumi della ragione" ed i "Fuochi della rivoluzione"*, in "Medicina nei secoli", Vol. 14, n. 1, 2002.
- DE ALBENTIS Emidio, *La casa dei romani*, Milano, Longanesi, 1990.
- DE MAIO Domenico, *Terapia e farmacologia psichiatrica nel medioevo islamico*, in "Medicina nei secoli", 1, 2002, pp. 39-68.
- DOLS Michael W., *Majnūn: the madman in medieval Islamic society*, Clarendon, Oxford Press, 1992.
- DONGHI Daniele, *Manuale dell'architetto*, vol. II - *La composizione architettonica. Parte I - Distribuzione*, Torino, UTET, 1927.
- FERRACUTI Franco (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Milano, Giuffrè, 1990.
- FERRO Filippo Maria, *La storia dei Manicomi in Italia*, www.istitutoricci.it.
- FORNARI Ugo, *Psicopatologia e Psichiatria Forense*, Torino, UTET, 1989.
- GIANNANTONIO Raffaele, *Il palazzo della SS. Annunziata in Sulmona*, "I Saggi di Opus" 6 (1997), Pescara, Carsa edizioni.
- GIUSTI Giusto, *Trattato di Medicina Legale e scienze affini*, Vol. IV: *Genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina, del lavoro*, Roma, Cedam, 2009.
- LEISTIKOW Dankwart, *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa*, Ingelheim am Rhein, C. H. Boehringer Sohn AG & Co. K, 1967.
- LO JACONO Claudio, BERNARDINI Michele, *Storia del mondo islamico (VII-XVI secolo). Il Vicino Oriente*, Torino, Einaudi, 2003.
- MELA Giuseppe Sandro, *Islam: nascita, espansione, involuzione*, Roma, Armando Editore, 2005.
- PENSO Giuseppe, *La medicina romana: l'arte di Esculapio nell'antica Roma*, Noceto [Parma], Essebienne, 2002.
- RAGGI Antigono, *L'Open Door (Il manicomio a sistema scozzese)*, Milano, Tip. Bernardoni di C. Rebeschini e C., 1899.
- ROSCIONI Lisa, *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Bruno Mondadori, 1998.
- ROSSI PRODI Fabrizio, STOCCHETTI Alfonso, *L'Architettura dell'ospedale*, Firenze, Alinea, 1992.
- STIERLIN Anne ed Henri, *Turchia: dai Selgiuchidi agli Ottomani*, Köln, Taschen, 1999.
- STOPANI Renato, *Ospedali e xenodochi a Firenze e lungo le vie maestre del suburbio fiorentino nei secoli XIII e XIV, in Storia della solidarietà a Firenze: conferenze tenute nell'Atrio dell'ex ospedale di San Giovanni di Dio nella primavera 1984 su iniziativa dell'Assessorato alla sicurezza sociale del Comune di Firenze*, ivi, Libreria editrice fiorentina, 1985.
- TAKAHASHI Tomoko, *Il Rinascimento dei trovatelli: il brefrotrofo, la città e le campagne nella Toscana del XV secolo*, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, 2003.
- YANNI Carla, *The architecture of madness: insane asylums in the United States*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2007.

Follia e reclusione e storia della psichiatria

Archivio italiano per le malattie nervose, diretto da Andrea VERGA, Cesare CASTIGLIONI, Serafino BIFFI,

- Anno I, Milano, Tipografia Giuseppe Chiusi, 1864.
- BALDINI Massimo, LIPPI Donatella, *La Medicina: gli uomini e le teorie*, Bologna, CLUEB, 2000.
- BASAGLIA Franco (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1967.
- BENTHAM Jeremy, *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di Michel Foucault e Michelle Perrot, Venezia, Marsilio, 1997.
- CAPPELLETTI Luigi, *Il trattamento familiare dei malati di mente*, in "Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale", XXX, Ferrara, 1902.
- CASTEL Robert, *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980.
- COSMACINI Giorgio, GAUDENZI Giuseppe, SATOLLI Roberto (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, 1996.
- DAVID Michel, *La psicanalisi nella cultura italiana*, Torino, Boringhieri, 1966.
- DE BERNARDI Alberto (a cura di), *Follia psichiatrica e società, Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982.
- FERRO Filippo Maria, *Passioni della mente e della storia: protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e pensiero, 1989.
- FOUCAULT Michel, *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 1976.
- FOUCAULT Michel, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Biblioteca Universale Rizzoli, 1963.
- GIACANELLI FERRUCCIO, CAMPOLI Giorgio., *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 3, 1973.
- GOFFMAN Erving, *Asylum: le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e altri internati*, Torino, 1972.
- JERVIS Giovanni, *Manuale critico di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1975.
- L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali: "Chisa che metira fuori un calcheduni da stomanicomio"*, *Atti del convegno di studi ...*, 11-12 dicembre 2003, a cura di Luigi Contegiacomo ed Emanuele Toniolo, Archivio di Stato di Rovigo, Cittadella Socio Sanitaria dell'ULSS 18 di Rovigo, Rovigo, Minelliana, [2004]
- PELOSO Paolo Francesco, *Il problema della contenzione meccanica in psichiatria: la posizione abolizionista di Ernesto Belmondo 1904*, in *Atti dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti*, parte II, Memorie della Classe di scienze matematiche e naturali, Padova, Società cooperativa tipografica, vol. 107 (a.a. 1994-95), 1994, p. 55-84.
- PICCIONE Renato, *Manuale di psichiatria*, Roma, Bulzoni, 1995.
- PORTER Roy, *Storia sociale della follia*, Milano, Garzanti, 1991.
- TAMBURINI Augusto, *La psichiatria come scienza sociale e come funzione di stato*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", XXXVI, 1910.
- TAMBRONI Ruggero, *I progressi della neuropatologia, della psichiatria e della tecnica manicomiale. Atti dell'XI Congresso della Società Freniatrica Italiana, Ancona, 1901*, in "Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle alienazioni mentali", vol. XXVIII, 1902.
- VINCENZI Roberto, *Malattia mentale e terapia nelle diverse epoche storiche*, in "Diagnosi & Terapia", n. 3 (20 marzo 1997), n. 4 (20 aprile 1997), n. 6 (20 giugno 1997), n. 8 (20 ottobre 1997), n. 9 (20 novembre 1997), n. 10 (20 dicembre 1997).
- délirants, Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur Médecine, Université de Bordeaux, 1992.
- ESQUIROL Jean-Étienne Dominique, *Des établissements consacrés au aliénés en France et de moyens de les améliorer*, Paris, M.me Huzard, 1819.
- ESQUIROL Jean-Étienne Dominique, *Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton*, Paris, Paul Renouard, 1835.
- FERET Edouard, *Statistique générale topographique, scientifique, administrative, industrielle, commerciale, agricole, historique, archéologique et biographique du Département de la Gironde*, Bordeaux, Feret et Fils, vol. I, lib. IX, 1878.
- MOWERY ANDREWS Richard, *Law, Magistracy, and Crime in Old Regime Paris, 1735-1789: The system of criminal justice*, Cambridge University Press, 1994.
- PINON Pierre, *L'hospice de Charenton: temple de la raison ou folie de l'archéologie*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1820.

Manicomi inglesi

- ALEXANDER Jennifer, *Mapperley Hospital and George Thomas Hine (1841–1916), consulting architect to the Commissioners in Lunacy*, in "Transactions of the Thoroton Society of Nottinghamshire", Vol. 112, 2008.
- ANDREWS Jonathan, *The history of Bethlem*, London, Routledge, 1997.
- FRANKLIN Bridget, *Hospital-Heritage-Home: reconciling the nineteenth-century lunatic asylum*, in "Housing, Theory and Society", 19 (2002), pp. 170-184.
- HINE George Thomas, *Asylums and Asylum Planning*, in "Journal of the Royal Institute of British Architects", 9, 23 febbraio 1901.
- KING Anthony Douglas, *Buildings and Society: Essays on the Social Development of the Built Environment*, London, Routledge and Kegan Paul,

Manicomi francesi

- CROS Angélique, *Étude de 196 malades internés en établissement psychiatrique privé au début du siècle a Bordeaux (Maison de santé de Castel d'Andorte au Bouscat): Pathologies et thèmes*

1980.

- MURPHY Elaine, The Lunacy Commissioners and the East London Guardians, 1845-67, in "Medical History", London, ottobre 2002.
- ROBERTS Andrew, The Lunacy Commission, London, 1981, www.studymore.org.uk.
- TAYLOR Jeremy, Hospital and Asylum Architecture in England 1840-1914, London, Mansell, 1991.
- VIDLER Anthony, The Writing of the Walls. Architectural Theory in the Late Enlightenment, Princeton Architectural Press, 1985.

Manicomi italiani

- AGNETTI Germana, BARBATO, Angelo, *Il Barone Pisani e la Real Casa dei Matti*, Palermo, Sellerio, 1987.
- ALGERI Giovanni, PONTICELLI Leopoldo, *Il Manicomio criminale dell'Ambrogiana presso Montelupo Fiorentino*, Estratto da "Rivista di discipline carcerarie", 1888, Roma, Tip. delle Mantellate, 1888.
- ANDREOLI Vittorino, *Istruzioni per essere normali*, Milano, Rizzoli, 1999.
- ANDREUCCI Ottavio, *Della carità ospitaliera in Toscana*, vol. I, Firenze, F. Bencini, 1864.
- AZZURRI Francesco, *Manicomio di S. Niccolò: Società di esecutori di pie disposizioni in Siena*, ivi, S. Tip., 1892
- BARZANTI Roberto, CATONI Giuliano, DE GREGORIO Mario (a cura di) *Storia di Siena. 2. Dal Granducato all'Unità*, ivi, Alsaba, 1996.
- FARA Amelio, *Le ville di Bernardo Buontalenti nel tardo Rinascimento toscano*, in *Storia dell'Arte*, Firenze, 1977.
- BONACOSSA Giovanni Stefano, *Saggio di Statistica del Regio Manicomio di Torino dal 1° gennaio 1831 al 31 dicembre 1836*, Torino, Tipografia Fratelli Favale, 1837.
- BONACOSSA Giovanni Stefano, *Sullo Stato de' mentecatti e degli ospedali per i medesimi in vari paesi dell'Europa*, Torino, Tipografia Fratelli Favale, 1840.
- BONAFFINI Giuseppe, *Per una storia delle istituzioni ospedaliere a Palermo tra XV e XIX secolo. Fonti e proposte*, Palermo, Renzo Mazzoni, 1980.
- CAPORALE Giuseppe, G. Quaroni M. *Piacentini: concorso per la costruzione del Manicomio provinciale di Potenza - Le ragioni del concorso, Il progetto Ophelia, La mancata realizzazione*, Potenza, Il Salice, 1997.
- CATAPANO Vittorio Donato, *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, Liguori, 1986.
- CENTRO ITALIANO DI STORIA SANITARIA E OSPEDALIERA: SEZIONE PIEMONTESE, *Il Regio manicomio di Torino. Scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Torino, EGA, 2007.
- CONFORTI Claudia, FARA Amelio, ZANGHERI Luigi, *Città ville e fortezze della Toscana nel XVIII sec.*, Firenze, Cassa di Risparmio di Firenze, 1978.
- CONTEGIACOMO Luigi, *Gli ospedali rodigini tra XIX e XX secolo*, in *Gli ospedali tra passato e presente*, cit.
- D'ORMEA Antonio (a cura di), *L'Ospedale psichiatrico di S. Niccolò in Siena della società di esecutori di Pie Disposizioni (1818-1933)*, ivi, Stabilimento Arti Grafiche San Bernardino, 1933.
- DANIELE Emilia (a cura di), *Le dimore di Pistoia e della Valdinievole: l'arte dell'abitare tra ville e residenze urbane*, Associazione Dimore Storiche Italiane. Sezione Toscana, Firenze, Alinea Editrice, 2004.
- DE FINO Carla, *Il recupero sostenibile dell'edilizia dei primi decenni del Ventesimo Secolo mediante materiali e tecniche innovative*, Potenza, Consiglio Regionale della Basilicata, 2008.
- DE ROSE Arianna Sara, *Marcello Piacentini opere 1903-1926*, Modena, Franco Cosimo Panini, 1995.
- DELLAPIANA Elena, *Giuseppe Talucchi architetto. La cultura del classicismo civile negli Stati Sardi restaurati*, Torino, Celid, 1999.
- DOTTO Giovanni, *Discorso per il primo centenario dell'Ospedale psichiatrico di Palermo*, in "Il Pisani. Rivista di psichiatria e di neurologia", vol. XLVIII, fasc. I, gennaio-giugno 1928.
- FIORANI Matteo, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, www.fupress.net
- FUNAIOLI Paolo, *Manicomio di S. Niccolò in Siena: resoconto statistico-clinico dall'anno 1864 all'anno 1885*, Siena, Tip. all'insegna dell'ancora, 1886.
- GATTI PERER Maria Luisa (a cura di), *Studi e ricerche nel territorio della provincia di Milano*, Milano, La Rete, 1967.
- GEROSA BRICHETTO Giuseppe, *Storia della Senavra*, Milano, P. Boniardi, 1966.
- GIACANELLI Ferruccio, IACHINI Santa, MIGANI Cinzia, *L'assistenza psichiatrica nella provincia di Bologna in epoca pontificia*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai Papi al '900*, Vol. II, *Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, Bari, Dedalo edizioni, 1994.
- GIORDANO Giovanni Battista, *Storia dell'Ospedale di Fregenoia nel secolo XIX e inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*, Lucca, Antonio Delfino Editore, 1978.
- GRASELLI Venceslao, *L'ospedale di S. Lazzaro presso Reggio nell'Emilia. Cronistoria documentata con epilogo del Prof. Tamburini*, ivi, Tip. Calderini, 1897.
- IARIA Antonio, LOSAVIO Tommaso, MARTELLI Pompeo (a cura di), *L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla Chiusura*, vol. 3, Bari, Dedalo, 2003.
- Il Regio Manicomio di Torino nel suo secondo centenario: 22-VI-1728 22-VI-1928*, Torino, Stabilimento Tipografico L. Rattero, 1928.
- I santuari della follia: Le istituzioni manicomiali genovesi dall' '800 ad oggi*, Genova, Provincia di Genova, 1980.
- La Toscana dei Lorena. Riforme, territorio, società. Atti del convegno di studi (27-29 novembre*

- 1987), Firenze, Olschki, 1989.
- LIPPI Donatella, *San Salvi storia di un manicomio*, Firenze, Leo S. Olschki, 1996.
- LOLLI Luigi, *Origine e fondazione del manicomio d'Imola*, ivi, Tip. Di I. Galeati e Figlio, 1890.
- L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, Vol. II, cit.
- L'Ospedale S. Maria della Pietà*, Vol. III, Bari, Dedalo edizioni, 2003.
- LUGARESÌ Luigi, *Il luogo dei sentimenti negati. L'Ospedale psichiatrico di Rovigo (1930-1997)*, ivi, Minelliana, 1999.
- MANZI Sabato Antonio, *La formazione della psichiatria in Irpinia, dalla "pizzeria" degli Incurabili ai Dipartimenti di Salute Mentale*, Napoli, Lettere Italiane, 1994.
- MARINUZZI Aldo, PONTE Euro, *L'assistenza psichiatrica ospedaliera a Trieste dalle origini al 1923*, "Il Lanternino", 4, 1993.
- MAURA Emilio, PISSERI Pasquale, *Le strutture della follia. Istituzioni e società in Liguria dal XV al XIX secolo*, Genova, Sagep Genova edizioni, 1991.
- MELATO Mauro, COSTANTINIDES Fulvio, *L'assistenza psichiatrica manicomiale a Trieste dalle origini al 1908*, "Il Lanternino", n. 4, 1993.
- MENDIA Umberto, *Manicomi privati a Napoli nell'Ottocento: la Casa di salute Fleurent. Notizie e documenti*, ivi, Napoli, Luciano, 1997.
- GRUPPO DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO NAZIONALE "CARTE DA LEGARE" (a cura del), *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, Angri, Gaia, 2010.
- MIGANI Cinzia, *Per una storia dell'assistenza psichiatrica. Il caso Imolese (1862- 1900)*, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. CXVII, n.1, 1993.
- PIACENTINI Marcello, QUARONI Giuseppe, *Relazione del progetto del manicomio Provinciale a Potenza - Motto: Ophelia*, in *Il progetto premiato per manicomio di Potenza*, in "Bollettino della Società degli Ingegneri e degli Architetti Italiani", XIV, nn. 37-38, 1906.
- PIGOZZI Marinella (a cura di), *Gli Architetti del pubblico a Reggio Emilia dal Bolognini ai Marchelli: architettura e urbanistica lungo la Via Emilia (1770-1870)*, Casalecchio di Reno, Grafis, 1990.
- PISANI Pietro, *Istruzioni per la novella Real Casa dei Matti in Palermo*, Palermo, Società Tipografica, 1827.
- RICCIARDI Franco, *Il manicomio giudiziario di Aversa "Filippo Saporito". Storia, cronaca ed aneddoti*, "La Gazzetta aversana", 1965.
- Ricerche statistiche del Granducato di Toscana, raccolte e ordinate da Attilio Zuccagni-Orlandini, segretario-capo della Sezione Ministeriale dello Sato Civile e della Statistica Generale*, tomo V, Firenze, Tipografia Tofani, 1854.
- ROCCA Gabriele, *Alle origini del manicomio: l'Ospedale dei Pazzi di Ancona*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- RONCATI Francesco, *Ragioni e modi di costruzione ed ordinamento del Manicomio Provinciale di Bologna*, Bologna, [s.n., 1891] (Regia tip.).
- RUFFINI Romano, *Note sull'assistenza psichiatrica a Macerata nella prima metà dell'800*, in "Studi maceratesi" XXII, n. 47, 1986.
- SALVADÈ Anna Maria, *Per una storia della Senavra*, in: "Rivista la Ca' Granda", Anno XLIV - n. 3, Milano, 2003.
- SALVIATO Adriana, *Pellagra e pazzia: i manicomi di San Servolo e di San Clemente*, *Storia di Venezia. L'Ottocento e il Novecento*, a cura di Mario Isnenghi e Stuart Woolf, Roma, Istituto della enciclopedia italiana, 2002
- SPESSO Marco, *Il manicomio in contrada Abrara a Genova (1826 - 1841)*, in *La cultura architettonica nell'età della Restaurazione*, a cura di Giuliana Ricci, Giovanna D'AMIA, Milano, Mimesis, 2002.
- STASSANO Nicola, *Progetto di ampliamento e restauro del reale morotrofiò della Maddalena in Aversa*, Napoli, Stabilimento Tipografico di Gaetano Nobile, 1856.
- TAMBURINI Augusto, *Il Frenocomio di Reggio Emilia*, Reggio Emilia, Tip. Calderoni e F., 1900.
- TCHAPRASSIAN Mihran, *L'Ospedale psichiatrico provinciale di Rovigo*, in *Gli ospedali tra passato e presente*, cit., pp.67-73.
- TERRANA Vittorio, *La Sicilia e le organizzazioni sanitarie psichiatriche*, in "Il Pisani. Rivista di psichiatria e di neurologia", Palermo, gennaio-dicembre 1978.
- VANNOZZI Francesca, *Il manicomio di S. Niccolò*, in BARZANTI, CATONI, DE GREGORIO (a cura di), *Storia di Siena ...*, cit.
- VANNOZZI Francesca, *Lungo i "Viali" del Villaggio manicomiale*, in *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, Milano, Mazzotta, 2007.
- VANZAN MARCHINI, Nelli-Elena, *San Servolo e Venezia. Un'isola e la sua storia*, Verona, Cierre, 2004.
- VASI VATOVEC Corinna, *La villa dell'Ambrogiana: una villa dai Medici ai Lorena*, Firenze, Karta, 1985.
- VEROLI Sebastiano Franco, *Donne in manicomio: le ricoverate in S. Croce nel decennio 1890-1900. Il caso di Ernesta Cottino Faccio*, [S. l. : s. n.], stampa 1998 (Pollenza, MC, Tip. S. Giuseppe).

Ospedale di S. Antonio Abate a Teramo

ACETO Francesco [et al.], *Teramo e la Valle del Tordino*, Documenti dell'Abruzzo Teramano (DAT), Teramo, Fondazione Cassa di Risparmio della Provincia di Teramo, Tercas, 2006.

CAPPELLI Clemente, DE LAURENTIS Raffaele, *Storia dell'Ospedale Civile di Teramo o dell'Ospedale S. Antonio Abate*, in "Il Bollettino dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Teramo", n. 3, anno VI, 1998.

CASTROCANE Claudia Rita, *La documentazione archivistica dell'Ospedale di Teramo 1880-1931*, ivi, Ospedale Neuropsichiatrico di Teramo, 2000.

COSTANTINI Bernardo, *Vantaggi, necessità e mezzi di fondare un Ospedale nel nostro Paese*, Teramo,

- Tipografia di Q. Scalpelli, 1861.
- DE BARTOLOMEIS Valeria, *L'Ospedale di S. Antonio abate a Teramo dal 1890 alla vigilia della Grande Guerra*, in "Sanità, Scienza e Storia. Rivista del centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera", n. 2, Milano, 1987.
- EUGENI Fausto, *Atlante storico della città di Teramo: repertorio di vedute, incisioni, planimetrie, dipinti, immagini fotografiche da Jacobello Del Fiore alle prime fotografie aeree (secoli 15.-20.)*, Teramo, Ricerche & Redazioni, 2008.
- GARBINI Guido, *L'assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918), Relazione del direttore prof. Guido Garbini*, Perugia, Tipografia Perugina, 1919.
- MERLINI Antonio, *L'Ospedale Civile dalle sue origini fino ad oggi: 1323-1931*, Teramo, CET, 1931.
- MOSCHETTA Francesco Saverio (a cura di), *Marco Levi Bianchini e le origini della psicoanalisi in Italia. Atti del Convegno Nazionale Teramo 26-27-28 Ottobre 1995*, Teramo, Ospedale neuropsichiatrico, 2000, pp. 89-96.
- PALMA Niccola, *Storia ecclesiastica e civile della regione più settentrionale del Regno di Napoli detta dagli antichi Praetutium, ne' bassi tempi Aprutium oggi città di Teramo e diocesi Aprutina*, Teramo, Ubaldo Angeletti, 1832-1836.
- QUARCHIONI Marco, *Il manicomio di Teramo e Marco Levi Bianchini*, in "Abruzzo contemporaneo", I, 1, Giugno 1991, pp. 146-170.
- Regolamento organico del Manicomio (1909)*, Teramo, Tip. Commerciale B. Cioschi, 1912.
- SAVINI Francesco, *L'ospedale di S. Antonio Abate in Teramo e le sue vicende storiche ed economiche*, ivi, Tipografia De Carolis, 1902.
- SAVINI Francesco, *Sugli Statuti Teramani del 1440*, Firenze, G. Barbera, 1889.
- SCOCCO MARINI Alida, *Le chiese nei quartieri di Teramo*, ivi, Emmegrafica, 2001.
- STRIGLIONI NE' TORI Donatella, *Le istituzioni di beneficenza durante il decennio francese nella provincia di Abruzzo Ulteriore Primo*, in *Rivoluzione francese e governo napoleonico in Abruzzo (1789-1815): dalla rinascenza teramana al riformismo murattiano. Convegno nazionale di studio (Teramo, 27-28-29 settembre 1990)*, Teramo, Centro Abruzzese di Ricerche Storiche, 1992.
- VENTILI Pasquale, *Proposta avanzata all'Onorevole deputazione Provinciale di Teramo*, Mosciano Sant'Angelo, Tip. Lelli Camillo, 1901.

Ospedale Provinciale Neuropsichiatrico dell'Aquila

- BELLISARI Gaetano, *L'ordinamento e la funzione attuale del manicomio e lo stato odierno del problema dell'assistenza dei mentecatti della Provincia. Relazione all'On. Deputazione ed all'On. Consiglio Provinciale*, L'Aquila, Stab. Tip. B. Vecchioni e Figli, 1908.
- BENVENUTI Marino, *L'Ospedale Provinciale Neuro-Psichiatrico de L'Aquila nei suoi nuovi sviluppi 1939-1942. Relazione del Direttore al Presidente dell'Amministrazione Provinciale*, Pisa, V. Lischi e figli, 1942.
- Celebrazione del Cinquantenario dell'Ospedale Neuro Psichiatrico Provinciale (1915-1964)*, Amministrazione Provinciale dell'Aquila, Pesaro, Arti Grafiche Federici, 1965.
- FERRO Filippo Maria, *La nascita dei manicomi in Abruzzo*, in "Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria", L, 2, 1989.

NELLA CITTÀ DEL DOLORE

ESPERIENZE MANICOMIALI ABRUZZESI TRA OTTO E NOVECENTO

IN A CITY OF WOE

traduzione di Angela Arnone

This study is an act of caring solidarity for those who, until recently, were usually defined as “weird”, “insane”, “crazy”, “mad”, or “imbecile” by people who did not perceive the contempt nestled in the word referring to an inferior being, if not to an inferior species. These are words that we are obliged to use in this text but they will be terms of reference to what these human beings were called for a long time in laws, resolutions, letters, words addressed to or – more often – against them. Anyone who has observed the degenerative process that senescence sometimes imposes on the mind knows that there is a very fine line between “madness” and “normality”, that the ability to reason is something fragile and obscure, extremely subjective and simultaneously collective and stratified. Anyone who has spontaneously let themselves be the prey of passion knows how foreign “normality” becomes. Anyone who observes from the outside the lonely crowd that makes up modern society will know that “madness” is often a matter of perspective. Yet in the past, the variegated army of those with no roots or family recruited many who “diverged” from bourgeois moral and ethics, and all – from the “needy drifter” to the “incurably insane” suffering due to Saturn. Then, with regard to the fluctuating and deadly relationship between art, “madness” and psychiatry, it is sufficient to mention the existential crises of Vincent Van Gogh, Dino Campana, or Ernest Hemingway, perfect case studies of tragic difficulties revealed by psychiatric therapy for understanding and treating minds that were theatres of the creative process and its complex phenomenology. Vincent Van Gogh, the quintessentially “sick” painter, showed symptoms before he was thirty and they were variously interpreted according to several reconstructions and diagnostic theories, based primarily on the letters he wrote to his brother Theo. The artist voluntarily entered hospital on 8 May 1889. The *Maison de Santé* Saint-Paul-de-Mausole was a convent building used as a psychiatric hospital in the

Saint-Rémy-de-Provence district, twenty kilometres from Arles. The director of the clinic declared Vincent cured on 16 May 1890 and he left Saint-Paul-de-Mausole to join Theo in Paris, settling in the nearby village of Auvers-sur-Oise. Here, on the night of 28 July that year, Vincent died from a gunshot to the chest that he inflicted on himself the previous day. Dino Campana’s relationship with the “disease” and hospitals was quite different: his “dark evil” was expressed through the overwhelming need to escape and wander aimlessly. On 5 September 1906 he was interned for the first time in the asylum of Imola, where doctors declared him officially “mad”. On the way back from his mysterious trip to Argentina and Uruguay, he was arrested and admitted to Florence mental hospital on 8 April 1909. He was released but the following year he was arrested and interned in Brussels on 20 February, in Tournay’s *maison de santé*. The experience with the Futurists seems to have caused further damage to his nervous system, especially due to the loss of the manuscript of *Il più lungo giorno* [*The Longest Day*] by Papini and Soffici, the editors of *Lacerba*, to whom the precious document had been delivered. For Campana it was an enormous struggle to recompose his manuscript and with desperate tenacity he wrote the book again, relying on his memory and his notes. When Italy entered the war, neutralist Campana was exonerated from military service, ostensibly for physical problems but in reality because he had been reported as being a chronic psychiatric patient. In the summer of 1916 he met Sibilla Aleramo, the one, desperate love of his life, which ended at the beginning of the following year with the writer losing control completely and leading to his arrest. He was released but on 12 January 1918, the poet was interned in the mental hospital near Castel Pulci, in Badia a Settimo, Scandicci, which was his last abode. On 1 March 1932 Campana died in the asylum from septicaemia probably caused by the wound left by the barbed wire during an attempt to escape. Al-

though an image of a “damned poet” is always evoked for Campana, the crazy diamond that shines on him does not constitute the basis of poetic creativity but rather the natural haven in a place of total freedom, destroyer of all social convention. In 1918, Ernest Miller Hemingway was on the Italian front after enlisting as a Red Cross ambulance driver. He suffered a shrapnel wound to the leg at Fossalta di Piavea and underwent several surgeries in a Milan hospital. Three months later he was cured and decided to leave the Red Cross and he fought in the ranks of the Italian army until the armistice. On his return home, despite receiving many honours, he struggled to fit back into civilian life and began to suffer from insomnia, turning to drink. The writer’s *mal de vivre*, which began to appear after his First World War adventures, seems to have been aggravated by his father’s suicide with a gunshot to the head in 1928. Moreover, despite his many successes and awards, including the Nobel Prize for Literature in 1954, Hemingway’s health was weakened by numerous injuries, including two air crashes in Africa. During 1957, Hemingway began to suffer from severe depression, and the following year he began to show symptoms of a persecution mania. In April, he moved to Ketchum, Idaho, where he was helped by treatment offered by George Saviers, a physician of the Sun Valley Hospital. They became friends and Hemingway even decided to buy a two-storey villa outside the town so he could settle down to writing with the necessary peace of mind. From 1960 he began to show signs of mental imbalance that became increasingly evident, in particular the memory loss caused by his manic-depressive attacks, which made him suspicious of everything and everyone. On 22 October he returned to Ketchum, absolutely convinced he was being stalked by the FBI and seeing federal agents everywhere. Saviers then decided it was necessary to hospitalize the writer and on 30 November they both boarded a plane to reach the Mayo Clinic in Minnesota. To treat a diagnosed he-

mochromatosis, Hemingway underwent more than twenty electric shock treatments, which caused aphasia and memory loss. On 22 January 1961, he was discharged from the clinic and went back to Ketchum, struggling to return to work. Three months later he tried to steal a shotgun, but his wife was able to stop him and Saviers took him back to the Mayo Clinic, where he was subjected to other electroshock treatments, staying in the hospital for about two months, but on 26 June he was discharged as "clinically cured". On 2 July, his wife Mary was woken by a loud bang: Hemingway had committed suicide, shooting himself in the head with a rifle.

Antonin Artaud, interned from 1937–46 and subjected to fifty-one electroshock treatments in the last three years alone, railed against this type of treatment and, in general, against the system for the care of the mentally ill, considered an aspect of official culture and Western civilization. In 1925 he published his *Letter to the Medical Directors of Lunatic Asylums*, in protest against the inhumanity and coldness that psychiatrists forced on patients and the reality of hospitals for the insane, where "inmates provide a free and useful source of manpower" and "brutality is the rule", anticipating many of the main themes of the "anti-psychiatry" that was to emerge in the 1960s.

More generally, "normal" people have been interested in the human mind's structure, functions and processes since ancient times, with research and studies analysing "pathological" events or those in conflict with the behavioural norm. The same applies to the architectures that are the theatre of these events, as shown today by the PRIN (Research Projects of National Relevance) dedicated to the topic by the University of Naples' Faculty of Architecture. In fact, the study of 1800–1900s mental asylum architecture and the experiences of that time in Abruzzo and the rest of Italy, coincides with the analysis of the relationship between psychiatry and architecture. Psychiatry, as a specialist branch of medicine

is, indeed, a recent discipline whose history parallels that of the "asylum". We might even say that psychiatry was born in the historic period in which madness, although considered a "abnormal condition of the individual [...] is often confused with other disorders, like that of being possessed by a demon or being debauched and depraved", it began to be considered a real illness that was potentially curable in suitable facilities. Although "lunatics" and their "different" behaviour do not fit into a neat category available to society, they have attracted the attention of doctors since the Classical period and it was only with the Enlightenment that studies were initiated of mental disorders as a pathological condition. However, this brought about the need to segregate this new type of patient in a closed environment, preferably isolated from society itself. From the second half of the eighteenth century there was an end to the indifferent grouping of individuals that European society excluded from its midst. At the same time we witness the development of structures separate from general hospitals and specifically aimed at treating mental illness. Thus the UK has its asylums, France its "asiles" or "maisons des aliènes", in Italy there were "manicomi". These "total institutions", as Goffman called them, were founded "to protect those unable to care for themselves, representing a danger – even if unintentional – for the community".

The first instances of asylum architecture in Italy, although built through "spontaneous or individual initiatives and not coordinated", shared some characteristics, like the organization of space and interiors tenaciously modelled on the concept of strength, weight, isolation, and oppression, "to remind the patient and the doctor, and the rare visitor, every hour and every minute" that this was "the home of the insane".

The nineteenth-century asylum was thus configured as "an enclosed space, with no horizon, separate from the world, bleak, bare, stifling, inhabited by

distraught, frantic people". In Italy it was often housed in old buildings roughly refurbished to suit the new use, whose rooms formed "an a-historical and timeless world" that was seriously lacking from a hygienic standpoint due to insufficient ventilation and primitive heating systems, but also by filthy latrines instead of toilets.

A fundamental problem of these structures was visual control as the main instrument of a totalitarian and vehement desire for absolute surveillance. The various buildings adapted to house "lunatics" actually comprise interiors where it is difficult to find places that the eye of the overseer cannot reach, while it was impossible for the inmates to observe the outside world. The first structures were installed on "monumental mighty quadrilaterals" so as to resemble "a barracks and jail". For this purpose, courtyards were surrounded "by high walls to block any visual communication with the exterior and to muffle the endless moans of the sick".

Moreover, the Italian asylums adopted a *panopticon* layout, consisting of an outer ring for the cells and a central tower with large windows facing the inner wall of the ring. In turn the cells had two windows, one facing inwards and aligned with the corresponding tower window; the other facing outwards and allowed light to pass right through the room. To achieve efficient surveillance all that was needed was "a guard in the central tower and a lunatic, a patient, a prisoner, a worker, or a pupil in each cell".

In Italy most asylums were built in the second half of the nineteenth century, above all in the years following the Unification of the country, trying to stem the "frightening crescendo of madness" with the creation of new structures. The most popular typologies were "neighbouring pavilions connected by arcades" and "distanced or isolated pavilions". When the layout occupied very large surfaces in a geometric or "natural" plan, the organism acquired the form of a real "village", as in the case of the Osservanza asylum in Imola, a Romagna town that earned itself

the title of “home of the mad” thanks to the presence of another mental hospital, Santa Maria della Scaletta.

More generally, for the general public in post-Unification Italy, despite advances in psychiatry and the consequent definition of new types of architecture, the term “asylum” meant a place for locking up “crazy” people who could potentially disrupt social “order”. In this respect, the so-called “Bianchi Law” of 1904, the first in Italy in the field of mental hospitals, established that “persons affected by insanity of any type who are a danger to themselves and others, and risk public scandal, shall be housed and treated in mental hospitals”. The term “asylum”, which in the present study indicates the architectural organism born in the nineteenth century and designed in accordance with a specific typology for the care and support of people suffering a mental illness, was still in use long after the closure of these institutions. The more appropriate definition “psychiatric hospital” came later and struggled to replace the term “asylum” in modern speech.

In the first part of the twentieth century, despite the introduction of chemical shock treatment, psychiatry did not seem to stray far from the theories of the late nineteenth century. Even during the Fascist period there were no major changes in asylum treatment, except for the consolidation of the use of internment, as seen in the increase in the number of patients that occurred between 1926 and 1942. Psychiatric hospitals built by the Fascist regime include Rovigo, which opened on 28 October 1929 and was named after King Victor Emanuel III, with the unique design featuring a complex of an “isolated pavilion” in which the buildings were arranged radially around a central axis that separated male and female inmates, and along which the general facilities were installed. In the general situation of legislation stalemate during the two Fascist decades, the psychiatric prison, established by the 1889 “Zanardelli Code” was modified as an institution and

confirmed by the aforementioned 1904 law “on the mental asylum and the mentally ill”. Up to this moment, in fact, Italian legislation for those who could not be tried due to mental infirmity (defined as “acquitted”) were released or handed over to public security authorities, who could order them to be placed under temporary observation in a provincial lunatic asylum if necessary. If required, the civil courts would then modify temporary observation to a permanent stay. However, the new Penal Code of 1930, commonly called the “Codice Rocco”, provided for the “acquitted” to be placed permanently in a psychiatric prison, and the “semi-insane” to be assigned to a nursing home and custody. Thus, while the first structures designed to house the criminally insane were special sections within a general asylum, as in the case of those created in Aversa’s former home for invalids or Montelupo Fiorentino’s Ambrogiana lunatic asylum, during the Fascist period new structures were built specifically for care of the “criminal lunatic”, for instance the psychiatric prison of Sant’Eframo in Naples opened on 31 October 1925. In reality, what was originally a convent and then the Sant’Eframo prison was in operation as early as 23 July 1923, when the decree for the conversion to psychiatric prison was issued. Until the date of the official inauguration the site detained “five hundred and thirty-four individuals of whom three hundred and ninety-two [...] were certified as infirm and one hundred and forty-two were judged to be simulators”. The same journalistic source states that the psychiatric prison was the “cultural centre of social pathology” and enriched “the Neapolitan school of science [...] with a new and powerful body, a copious source of study and research, destined to cure in the biological sense all the unhealthy manifestations of troubled human spirit”.

Other structures of that period include the existing asylum at Barcellona Pozzo di Gotto converted to a psychiatric prison, named after the first director Vittorio Madia, which was strongly felt by the Fas-

cism regime as a key objective “in the vast field of social psycho-pathology”, with Minister Alfredo Rocco in person attending the opening ceremony for the new institution, which took place in May 1925. The psychiatric prison of Castiglione dello Stiviere came into being in 1939 as a civil psychiatric hospital; the new institution, located outside the town, was given over to a building for management and offices, with four pavilions located in a hillside park. The interest nurtured by the Fascist regime for psychiatry, then in its infancy and still influenced by nineteenth-century type hygienist practices, was evident in the speech Professor Giuseppe De Crecchio gave for the inauguration of the Sant’Eframo psychiatric prison, which mentioned the “admirable plan of Fascism, drawn up before 28 October 1922” which was “a bold antecedent of healthy reforms, including in the vast field of social psycho-pathology”. However, this structure, located within the urban fabric of Naples, presented characteristics of isolation, unlike village-type organisms adopted in contemporary actions. Concluding his speech, Professor De Crecchio actually expressed the hope that “the inmates of these walls that are isolated but are governed by heart and mind” would finally find “peace, love, justice, in order to be able to function well one day and merge into the equal, steadfast band of free brothers of strong Imperial Italy”.

Alternatives to traditional treatments and shock therapies are not found until after the World War II, when the first psychoactive medications came into use in the mid-1950s. Regardless of any therapeutic results, the new chemical-based treatments attenuated the symptoms of illnesses, making it easier to manage moments of crisis, but at the same time providing a more comprehensive and effective tool for controlling patients. Alongside progress in the field of pharmacology, there were some important proposals to offer alternatives to the consolidated mental asylum system. This was the case of the UK’s

first “therapeutic communities”, based on the idea of transforming the rigid vertical-type hierarchical structure into a new horizontal-type organization, where an equal relationship was established between “users” and medical staff. In France, Philippe Paumelle also developed a new model, first found in the 13th Arrondissement of Paris, which proposed streamlining psychiatric care in the city by splitting up the hospital structure and giving each site responsibility for a portion of the urban area.

Overall, from the Sixties to the Seventies, the emerging trends challenged “traditional psychiatric science” with the complex patchwork of theories described in 1967 by the “anti-psychiatrist” David Cooper. These disparate lines of thought shared the negation of both the traditional psychiatric institution and the fundamental concepts on which it was based, because mental illness was no longer addressed from a medical perspective but from the existential standpoint. In essence, alternative theories proposed by “anti-psychiatry” or “bio-psychiatry” do not consider madness to be an organic disease, which refutes the competence of psychiatrists, whose methods are challenged as being harmful. Some of these theories believe that “madness” is an irreconcilable divergence of views and not a disease, others see it as a psychological disorder determined by the concomitant unease of a society, a culture or a family that is equally “sick”, yet others question the very existence of “insanity”. This kaleidoscopic scenario probably derives from the fact that in practice there has never been a real “anti-psychiatric movement”, whose alleged initiators consistently refused any formal classification, unanimously aware that “anti-psychiatry” was neither an ideology nor a school of thought to sustain, and even less a specialist practice to adopt. In this sense Laing and Cooper did not completely reject either psychological or pharmacological “therapy” for mental disorders, as indeed their works confirm. In short, “anti-psychiatry” was a sort of label to be affixed to extremely

different currents of thought and to diverse critical opinions of psychiatry, at times in contrast with basic issues.

In those years the Italian mental asylum system was deeply criticized by Franco Basaglia in his book *L'istituzione negata* (published by Einaudi in 1968), describing the history of the psychiatric hospital of Gorizia. He became a leading figure in the revolt against the asylum institution, which has as negative an impact on the patient as the disease itself. The Venetian psychiatrist's work produced a structural review of the order of psychiatric hospitals in Italy and was directly inspired by Law 180 of 13 May 1978, better known as the “Basaglia Law”, which bypasses the functional organization of mental hospitals by creating “internal” and “external” hospital units to treat mental illness. The definitive closure of the last traditional psychiatric facility came about under Law 724 of 1994, which has resulted in the nationwide presence of architectural complexes, some boasting a quite sinister appeal, sometimes reconverted but more often abandoned and left as painful proof of the medieval social outlook that built them.

In Abruzzo the history of psychiatric architecture in the nineteenth and twentieth centuries confirms what was written by Gaetano Bellisari, director of an institute in L'Aquila in 1908, about Italian mental asylums which were being built at that time, distancing themselves “as if branching away from institutes intended for another kind of charity, like hospitals and nursing homes.” In particular, in Teramo during the Fascist period there was a proposal for the reorganization of psychiatric care on a regional scale, with the opening of a branch in Campli to accommodate “harmless, mentally-ill invalid” males, the “uneducable mentally deficient”, and “educable mentally deficient”. The 1928 proposal, although it came from the prefect in person, was never implemented, with the consequent abandonment of Teramo mental hospital to its difficult fate, due to the Medieval foundations in the established city, which

prevented its rational and regular conversion from hospital to lunatic asylum.

It was also during the Fascist period that construction began of the large new pavilion for L'Aquila's psychiatric hospital to house the second male ward and artisan workshops. With the onset of war and then difficult post-war conditions, the project was reduced essentially to work of a functional nature. The construction of the third male ward began after 1950, while provision was made for the construction of new workshops and pavilions, as well as a church. Many of these projects, in addition to renovating the gardens and maintenance of all the buildings that make up the Collemaggio complex, were performed by the inmates under the careful guidance of expert craftsmen. That is why we end this foreword by recalling the redeeming value of the work given to people who were deep in an existential crisis and were finally recognized as being human. Indeed, the tragic Auschwitz inscription “Arbeit macht frei” (“Work makes us free”) quoted by Primo Levi in *If this is a Man* rings even more true, a palindromy of Dante's opening lines “Through me you pass into the city of woe: Through me you pass into eternal pain: Through me among the people lost for aye.” For many centuries and too many years, the entrance to mental asylums was the entrance to a world of unjustly damned.

Indice dei nomi

- Aceto Francesco, 130n
Adair Robert, 63n
Aleramo Sibilla, 14
Alì âlTabarî, 42n
âl Nasir, 37
Alderson William, 48
Allegri Filippo, 87
Arnold Wilfred N., 28n
Andreoli Vittorio, 42n
Angeletti Ubaldo, 130n
Angelini Elisabetta, 103
Antonini G., 30n, 117, 123, 133n
Apollo, 42n
Archagatos, 34
Artaud Antonin, 16, 29n, 30n
Ashley-Cooper Anthony, 51
Avicenna, 43n
Azzurri Francesco, 66, 74, 140
Babini V.P., 91n
Baldini Massimo, 61n
Barberini Francesco, 64
Barabino Carlo, 68, 69, 92n
Basaglia Franco, 24, 31n, 32n
Battie William, 47
Bayezid, 37
Bellisari Gaetano, 25, 32n, 114, 132n, 133, 141n
Belmondo Ernesto, 76, 85, 94n
Beltrani-Scalia Martino, 21
Bernabeo I.A., 42n
Benedetto XIII, 64
Bentham J., 30n
Benassi F., 30n
Benvenuti Marino, 129, 134n
Bergia Cristina, 28n
Berlam Giovanni Andrea, 83
Berlam Ruggero, 80, 84, 94n
Bianchi Leonardo, 20, 75, 94n, 121, 132n, 133n, 135
Biffi Stefano, 21
Bini Lucio, 29n
Binswanger Ludwig, 32n
Blackshaw G., 94n
Blouet Guillaume-Abel, 50, 61n, 62
Blumer M.D., 28n
Boccardo L., 31n
Boito Camillo, 94n
Bonnafé L., 32n
Boncinelli Evaristo, 28n
Bonifiglio, 21
Bonfigli A., 43n
Bonfigli Clodomiro, 123, 133n
Borzacchiello A., 31n
Brant Sebastian, 30n
Braidotti Lodovico, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 94n, 138, 139, 141n
Breggin Peter, 29n
Bruant Libéral, 39, 40, 61n, 140
Buontalenti Bernardo, 31n
Bunstone Bunning James, 55
Cacho Millet G., 28n
Calci Carmelo, 42n
Campana Dino, 13, 14, 15, 28n
Campana Giovanni, 28n
Campoli Giorgio, 93n
Canalis Pietro, 88
Canetti Vincenzo, 79
Canestrini, 82, 84
Canosa Romano, 30n, 31n, 58, 63n, 69, 93n, 93n, 94n
Capolongo Stefano, 42n, 63n
Cappelletti Luigi, 93n
Capparelli eredi, 118
Cappelli Clemente, 130n, 131n
Catapano Vittorio Donato, 92n
Caravaggio Ennio, 88
Caredda M., 29n
Carfara, 21
Carlo III Re di Napoli, 98
Carulli S., 31n
Castel Robert, 93n
Castelli Luigi, 91n
Castelli Vincenzo, 118, 119, 121, 123, 124, 133n
Catananti Cesare, 63n
Catalano Nobili C., 29n
Cattaneo Alberico, 88, 93n
Çelebi Evliya, 37
Celso Aulo Cornelio, 42n
Ceragioli F., 28n
Cerletti Ugo, 29n, 31n
Cerquetelli G., 29n
Cervetto Domenico Antonio, 68
Cherubini A., 93n
Chiarugi Francesco, 71
Chiarugi Vincenzo, 67
Ciccarelli Francesco, 114
Cipolla Antonio, 72
Cito Roberto, 118, 119, 121, 123, 124, 133n
Clemente XII, 67
Cinci A., 94n
Ciranna S., 133n
Cogswell Arthur-Edward, 56
Colapietra F., 132n, 133n, 134n
Cooper David, 23, 24, 32n
Conolly John, 51, 62n
Cosmacini G., 30n
Cossu G., 94n
Costantini Achille, 82
Costantini Bernardo, 98, 100, 101, 103, 109, 131n, 132n
Costantino l'Africano, 35, 43n
Cozzi Napoleone, 84
Crisci A., 94n
Crispino E., 28n
Cros Angélique, 62n
Dance George il Vecchio, 47, 61n, 63n
Dance George il Giovane, 47, 61n
Dankwart Leistikow, 42n
Dayras L., 62n
De Bernardi A., 30n
De Crecchio Giuseppe, 21, 22
Del Pistoia L., 91n
De Fusco R., 141n
Della Robbia Andrea, 83
delle Favare Pietro Ugo, 70, 92n
degli Arcioni Niccolò, 96, 130n
Degas Edgar, 28n
De Gerardo Joseph Marie, 65
Del Greco Francesco, 128, 134n
De Laurentiis Raffaele, 130n, 131n
De Maio Domenico, 43n
De Matteis Domenico, 125
De Nigris Egisto, 92, 107, 108, 109, 132n
De Peri F., 63n
De Rubeis Tullio, 129, 134n
De Santis, 121
Desmaisons Dupallans Joseph-Guillaume, 51, 61n, 62n, 65, 92n, 93n
de Toulouse-Lautrec Henri, 28n
De Tuoni D., 141n
di Loyola Ignazio, 41
Di Giacinto, 103, 131n
Di Martino F., 94n
Dioscoride, 42n
Dols Michael W., 43n
Donghi D., 63n, 93n, 94n, 132n, 141n
Dubuisson M., 32n
Elisabetta I, 39
Eschilo, 42n
Esiodo, 34, 42n
Esquirol Jean-Étienne Dominique, 49, 50, 51, 61n, 62n, 65, 70
Fedeli Bernardin F., 43n
Ferrante Giovanni Battista, 72
Ferrari G.C., 30n
Ferrì Enrico, 21
Ferro Filippo Maria, 43n, 92n
Féret Édouard, 51, 62n
Filippo Luigi, 50
Fiorentini Adriana, 28n
Fiordispini P., 91n
Foppiani Celestino, 69
Fornari U., 62n
Foucault Michel, 30n, 39, 40, 43n
Foulston John, 55
Fowler Charles, 55
Francesco III d'Este, 43n, 67
Franklin Bridget, 62n
Freud Sigmund, 85, 132n
Friedrich Johannes Baptist, 63n
Fusco G., 31n
Gabetti R., 141n
Garbini Guido, 101, 102, 105, 106, 107, 109, 112, 131n, 132n, 141n
Gairinger Eugenio, 79, 80, 93n, 141n
Galeno da Pergamo, 34, 42n
Garofano Raffaele, 21
Gardella Ignazio, 72
Garzoni Tomaso, 41
Gaudenzi G., 30n
Giacanelli Ferruccio, 71, 93n
Giachi Giovanni, 88
Giannantonio R., 42n
Giannelli A., 91n
Gill André, 62n
Gilbert Émile-Jacques, 49, 50, 61n
Giorgio III, 31n
Girolami Giuseppe, 141n
Giraud Domenico, 67, 91n
Gittins D., 62n
Guglielmo I, 92n
Goffman Erving, 18, 30n
Goldin G., 92n
Gonzaga Ferrante, 64, 91n
Gonzales Edoardo, 88
Goustiaux Morin, 63n, 79
Griesinger Wilhelm, 63n
Gropius Martin, 58
Gropius Walter, 58
Gualandi Giovanni, 66, 67, 92n
Guerra Giordano Bruno, 14, 28n
Guislain Joseph, 66, 92n
Hamilton John R., 55
Hârûn âl Rashid, 36
Hoffmann Heinrich, 58, 63n, 82, 83
Hooke Robert, 45, 47
Howell Charles-Henry, 52, 56
Hesky Carlo, 141n
Hemingway Ernest Miller, 13, 15, 16, 28n
Hill Robert G., 51
Hine George-Thomas, 52, 54, 56, 62n

Hine Thomas-Chamber, 52
 Iacobucci Mariano, 119, 120, 121, 123, 136
 Iaria Antonino, 43n, 91n, 92n
 Ippocrate, 29n, 33, 35, 42n
 ʾishâqbn ʾImrân, 43n
 Jacobi Karl Wigard Maximilian, 63n
 Jebb Joshua, 31n
 Jervis G., 30n
 Jones Maxwell, 31n
 Khurramshad Ahlat, 37
 Kellne C.H., 29n
 Koch Gaetano, 140
 Labò M., 92n
 Laccabue Antonio, 43n
 Laing Ronald David, 24, 32n
 Lainé T., 32n
 Lemke C., 28n
 Lemke S., 28n
 Landerico, 59
 Lauger, 121
 Léauté J., 62n
 Le Cardonel Paul, 79
 Leopoldo I di Lorena, 67
 Leopoldo II, 68
 Levi-Bianchini Marco, 85, 107, 108, 109, 112, 131n, 132n
 Levi Primo, 27, 32n
 Le Vau Louis, 40
 Lewis James, 46, 47, 55
 Lequeux Paul-Eugène, 63n
 Lhote François, 51
 Lippi Donatella, 61n
 Livi Carlo, 73, 74
 Lolli Luigi, 93n
 Lo Jacono Claudio, 43n
 Lombroso Cesare, 21, 43n, 93n
 Lorenzutti Ettore, 76, 79, 139
 Losavio T., 91n
 Lostritto Giuseppe, 70, 92n
 Louis Victor, 51
 Luigi XIV, 39
 Linguiti Giovanni Maria, 70
 Luzi M., 28n
 Maccabruni, 93n
 Madia Vittorio, 22
 Maffei Lamberto, 28n
 Maga Circe, 42n
 Main Thomas, 31n
 Manzi Sabato Antonio, 43n
 Malitz P., p.29n
 Manca Gaetano, 104, 109, 131n, 132n
 Manet Édouard, 28n
 Marchesini Attilio, 43n
 Marinangeli Luigi, 121, 122, 123, 133n
 Maria Teresa d'Austria, 64
 Martinola G., 92
 Magherini G., 43n
 Marcozzi Giuseppe, 104, 112
 Mariani G., 132n, 133n, 134n
 Mazorana Luigi, 79
 Mazzara, 123
 Meissner W.M., 28n
 Mela Giuseppe Sandro, 42n
 Merini Alda, 29n
 Merini Antonio, 130n
 Meyers Jeffrey, 28n
 Mezzucelli, 103, 131n
 Michel F.B., 28n
 Middleton R., 61n
 Mills Hannah, 44
 Mimar Hayreddin, 37
 Mingazzini, 121, 132n
 Minkowski Eugène, 32n
 Miraglia Biagio Gioacchino, 70
 Mowery Andrews R., 43n
 Moneti Giovanni Battista, 65
 Monti, 21, 73
 Morichini Carlo Luigi, 66
 Morin-Goustiaux, 63n
 Morselli Enrico, 32n, 88
 Muhammad ʾAbûBakr, 35, 42n
 Murat Gioacchino, 69, 98, 131n
 Murphy Elaine, 61n
 Najab ʾalDîn Ūnhammad, 42n
 Nordio Enrico, 141n
 Olbrich, 82
 Ottolenghi, 21
 Paetz Albrecht, 83
 Pancheri P., 29n
 Paoli Giuseppe, 86
 Papini Giovanni, 14
 Parente Gaetano, 70, 92n
 Parenti F., 93n
 Pariani Carlo, 15, 28n
 Paumelle Philippe, 23
 Peloso P., 31n, 94n
 Perrini A., 29n
 Percy Thomas, 55
 Petri Giovanni, 117, 118, 121, 123, 133n
 Piacentini Marcello, 72, 136, 139
 Piacentini Pio, 140
 Picci Rocco Luigi, 28n
 Piccione Renato, 43n
 Pieraccini Arnaldo, 86
 Pio IV, 41
 Pio IX, 67
 Pichler Oskar, 58
 Pignocchi, 110, 111, 19, 135
 Pinel Philippe, 48, 49, 51, 61n, 65, 70
 Pisani Pietro, 70
 Pitteri Fernando, 79, 83, 94n
 Plinio, 34
 Poli F., 30n
 Pontieri G.M., 42n
 Ponticelli Leopoldo, 31n
 Portigliotti G., 92n
 Portoghesi P., 141n
 Possenti Lorenzo, 64
 Porter Roy, 33, 42n
 Poyet Bernard, 47, 63n
 Quarchioni Marco, 131n, 132n
 Quaroni Giuseppe, 72, 136, 139
 Rahe, R.H., 28n
 Raggi Antigono, 76, 93n
 Raguzzini Filippo, 64
 Rake George, 56
 Ricciardi Franco, 31n
 Richardson Elizabeth Hadley, 16
 Riefolo G., 91n
 Rimini Guido, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 133n, 136, 137, 138, 139
 Roberts Andrew, 62n
 Rocco Alfredo, 20, 22, 31n
 Romero Carlo, 132
 Roscioni Lisa, 43n
 Roscioli Raffaele, 103, 104, 107, 131n
 Roster Giacomo, 72, 136
 Rotter Antonio, 88
 Sackeim H.A., 29n
 Sakel Manfred, 29n
 Santucci Pasquale, 132n
 Saporito Filippo, 21
 Saturno, 13
 Saviers George, 16
 Savarino I., 29n
 Savini Domenico, 100
 Savini Francesco, 96, 103, 106, 130n, 131n
 Satolli R., 30n
 Savoldi, 73
 Sbarbaro Camillo, 28n
 Scabia Luigi, 87
 Scarano G.B., 42n
 Scartabellati A., 134n
 Socco Marini A., 131n
 Scomparini Eugenio, 84
 Schinkel Karl Friedrich, 83
 Sciamanna, 121
 Sgobbo Francesco Paolo, 29n
 Shakespeare William, 28n
 Sighele Scipio, 21
 Silvera Giuliano, 88
 Simonetto C.E., 91n
 Soane John, 47, 61n
 Soffici Ardengo, 14, 28n
 Sorano d'Efeso, 33, 42n
 Smirke Sydney, 46
 Stark William, 69, 92n
 Stevenson C., 61n
 Stierlin H., 43n
 Stassano Nicola, 92n
 Szasz Thomas Stephen, 32n
 Talucchi Giuseppe Maria, 91n
 Tambroni Rugero, 76, 88, 93n
 Tamburini Augusto, 21, 30n, 57, 63n, 72, 74, 93n, 94n
 Tamburini Nicolò, 98, 131n
 Tango Giuseppe, 74
 Taylor Jeremy, 62n
 Tchaprassian M., 141n
 Tenon Jacques René, 43n, 47, 59, 60, 63n
 Teodoto, 42n
 Teofrasto, 42n
 Thompson J., 92n
 Topp L., 94n
 Tranquilli Camillo, 126, 127, 128, 134n, 137, 138, 139, 140
 Tulelli C., 91n
 Tuke William, 44, 51
 Tuke Samuel, 44, 51, 61n
 Turàn Malik, 37
 van Gogh Théo, 13, 14, 28n
 van Gogh Vincent, 13, 14, 28n
 Van Meekeren E., 28n
 Vannozi F., 30n, 93n
 Vanvitelli Luigi, 67
 Vasic V., 31n
 Ventijl Pasquale, 109, 110, 111, 119, 132n, 141n
 Verga Andrea, 93n
 Vespa Beniamino, 113, 114
 Vinciguerra F., 62n
 Vincenzi Roberto, 61n
 Virgilio Gaspere, 21, 22, 71, 93n
 Vittorio Amedeo II, 64, 91n
 Von Meduna Ladislav, 29n
 von Klenze Leo, 83
 Walid Mansûrî, 35
 Watkin D., 61n
 Wagner Otto, 82, 139
 Wagner-Jauregg Julius, 29n
 Welsh Mary, 16
 Weeber K.W., 42n
 Weinbrenner, 47
 Waldis Carlo, 114
 Wujetechowsky Joseph, 141n
 Yanni Carla, 61n
 Zanardelli Giuseppe, 20, 31n
 Zani Ignazio, 74
 Zalfone Bartolomeo, 96

Indice dei luoghi e delle cose notevoli

- Abruzzo, 17, 24, 130n, 131n
- Africa, 16
- Algeria,
• Bimàristàn, 37, 43n
- Aleppo da Nùr àl Dìn Mahmoud Zanji, 37
- Alessandria, 41
- Alessandria d’Egitto, 35
- Alt-Scherbitz
• Manicomio, 83
- Ancona, 76
• Lazzaretto, 41, 67
• Manicomio Provinciale, 135
- Aversa, 92n, 93n, 101
• Antica casa penale per invalidi, 21
• Istituto “Sezione per i maniaci”, poi divenuto manicomio criminale, 21, 31n,
• Lazzaretto di S. Maria Maddalena, 38, 92n, 112, 131n
• “Reale Casa dei Matti”, 69, 70, 71, 74, 75, 76,
• “Reale Morotrofito” (in origine l’Hospitium leprosorium S. Mariæ Magdalenæ), 70
- Arezzo,
• Manicomio Provinciale, 86, 87, 94n, 103, 112, 129
- Argentina, 14
- Arles, 14
- Atene,
• Asklepeion, 42n, 33
- Auschwitz, 26
- Austria, 58
- Baghdàd,
• Ospedale, 35
• Bayt àl-Hikma (“Casa della Saggezza”), 36
- Bagnacavallo, 41
- Barcellona Pozzo di Gotto,
• Manicomio Giudiziario, 21, 22
- Basilea,
• Manicomio, 82
- Bedburg-Hau,
• Frenocomio, 60
- Bedford,
• Lunatic Asylum, 47
- Belgio, Colonia di Geel (Gheel) in provincia di Anversa, 57
- Bergamo, 82
• Ospedale S. Maria Maddalena, 38
- Berlino,
• Frenocomio di Dalldorf, 58, 60
- Berna, 43n
- Bodmin,
• Cornwall County Asylum di St. Lawren-ces, 55
- Boemia,
• Manicomi di Gugging e Dobran, 82
- Bologna, 41, 72
• Manicomio alloggiato nell’Ospedale S. Orsola, 41, 66, 68, 92n, 135
• Accademia delle scienze dell’Istituto di Bologna, 92n, 93n
- Bordeaux,
• Ospedale di Castel d’Andorte a Le Bouscat, 51
- Brandeburgo,
• Manicomio “Krankenhaus di Eberswalde”, 58
- Brescia,
• Manicomio, 82
- Broadmoor,
• Criminal Lunatic Asylum, 31n
- Bruxelles, 14, 28n, 61n
• Grand Concours International des Sciences et de l’Industrie di Bruxelles, 73
- Bunzlau,
• Frenocomio, 60
- Burghölzli,
• Manicomio, 82
- Cagliari,
• Manicomio “Villa Clara”, 85
• Ospedale civico “S. Antonio Abate” 85
• Ospedale “S. Giovanni di Dio”, 85
- Campli,
• Ex convento delle Suore di Carità, Sezione Medico-pedagogica, 25, 109, 112
- Casamarciano,
• Badia dei Vergini, 69
- Castiglione dello Stiviere,
• Manicomio Giudiziario, 22
- Catanzaro,
• Manicomio provinciale nell’ex convento di Girifalco, 76
- Chaux,
Casa del Direttore delle Saline di Chaux, 140
- Cogoleto,
• Manicomio Provinciale di Genova, 88
- Como,
• Manicomio, 88
- Coo,
• Asklepeion, 42n
- Colchester,
• Essex County Asylum (oggi Severalls Hospital), 57
- Collegno,
• “Regio Manicomio”, 72
- Damasco, 35
- Dresda,
• Manicomio, 82
- Düsseldorf,
• Frenocomio di Grafenberg, 60
- Epidaurò,
• Asklepeion, 42n
- Epsom,
• Ewell Epileptic Colony (Surrey, in seguito denominata St. Ebba’s Hospital), 57
- Europa, 16, 17, 35, 37, 39, 42n, 45, 49, 70, 71
- Exminster,
• Devon County Pauper Lunatic Asylum, 55
- Firenze,
• Manicomio di San Salvi, 14, 15, 72, 136
• Pia Casa di Santa Dorotea dei Pazerelli, 41, 43n, 67
• Pizzeria di Santa Maria Nuova, 41, 43n
• Ospedale psichiatrico di Bonifazio, 67, 68, 86, 91n
• Ospedale S. Maria Nuova, 96
• Ospedale S. Maria degli Innocenti, 96
• Palazzo Pitti, 84
- Fossalta di Piave, 16
- Francia, 48, 49, 50, 51, 55, 57, 58, 59, 61n, 66, 71,
• Maisons oAsiles des aliènes 17
• Hôtel-Dieu trasformato poi in Hôpitaux généraux, 38, 39
- Francoforte dul Meno,
• Manicomio “Affenstein”, 58
- Genova, 92n
• Manicomio di via Galata, 88, 95n
• Ospedale S. Martino, 88
• Manicomio nella zona di S. Vincenzo (non più esistente), 68
- Germania,
• Zuchthäuser, 39
- Giulianova,
• Succursale del Manicomio di Teramo, 109
- Glasgow,
• Glasgow Lunatic Asylum, 55, 69, 92n
- Gloucester, 55

- Gorizia, 80, 83, 141n
- Ospedale Psichiatrico Provinciale, 24, 31n,
 - Castello di Spessa di Capriva, 94n
- Grecia,
- Asklepeia, 33, 42n
- Hanwell,
- Middlesex County Asylum, 47, 48, 51
- Hellesdon,
- Norwich Pauper Asylum di Hellesdon, 55
- Ilford,
- West Ham Borough Asylum (Essex, in seguito denominato Goodmayes Hospital), 57
- Imola,
- Manicomio di S. Maria della Scaletta, 14, 19, 72, 93n, 138
 - Manicomio "dell'Osservanza", 19, 28n, 74, 93n
- Inghilterra, 39, 44, 48, 54, 55, 61n, 62n
- Asylums, 17
 - Stabilimenti di Fisherton-House, 31n
 - Houses of correction, Workhouses, 39
 - Manicomio di Hertfordshire, 52
 - Manicomio di Lincolnshire, 52
 - Manicomio di Hampshire, 52
 - Manicomio di Surrey, 52
 - Maninonio nel East Sussex, 52
 - Manicomio di Worcestershire, 52
 - High Royds Hospital di Menston, West Yorkshire, 54, 56
- Irlanda,
- Dundrum, 31n
- Italia, 19, 20, 21, 23, 24, 30n, 31n, 38, 61n, 64, 66, 67, 69, 71, 72, 76, 86, 90, 92n, 93n, 96, 99, 129, 132n, 134n, 135
- Jundi-sha pur,
- xenodocheion, 35
- Karlsruhe,
- Lange Kaiser Strasse, 47
- Ketchum,
- "Sun Valley Hospital", 16
- Lamel Hill,
- The Retreat, 44
- Lancaster,
- Lancaster Asylum Annexe (o Lancaster Moor County Asylum), 55, 56
- Lancashire,
- St Luke's Whittingham Hospital, 56
- L'Aquila, p. 76, 103,
- Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico, e Sezione manicomiale S. Maria di Collemaggio con annesso Ospizio di Mendicità e Palazzo delle Esposizioni, 26, 32n, 112, 113, 114, 116, 135, 137, 139
 - Archivio di Stato, 115, 124, 132n
 - Manicomio Provinciale, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 132n, 133n, 134n, 136, 137, 138, 140
- Lecce, 76
- Leeds,
- Ospedale, 44
- Lincoln,
- St. Johns Asylum a Bracebridge Heath, (originariamente Lincolnshire County Pauper Lunatic Asylum), 55
- Londra, 58
- Bethlem Royal Hospital, 44, 46, 47, 51, 55, 61n
 - Metropolitan Commissioners in Lunacy, 48
 - Ospedale di S. Bartolomeo, 55
 - Hospital a Southwark in George's Fields Street, 46
 - St. Luke's Hospital a Old Strett, 46
 - Claybury Hospital, 52
 - Bexley Hospital, 52
 - Horton Hospital, 52
 - Long Grove Hospital, 52
 - Royal Holloway Sanatorium, 54
 - City of London Lunatic Asylum di Stone presso Dartford, Kent (poi Stone House), 55
 - Cane Hill Hospital a Coulsdon (Third Surrey County Lunatic Asylum), 56
- Lucca,
- Ospedali di Fregionaja, 41, 67
- Lüneburg,
- Manicomio, 82
- Macerata,
- Manicomio, 139, 101
- Maghreb,
- Bimàristàn, 37, 43n
- Maggiano,
- Regio Manicomio di Fregionaja, 135
- Mantova,
- Manicomio Provinciale, 88
- Marocco,
- Bimàristàn, 35, 37, 43n
- Marradi, 14
- Mauer-Öhling,
- Manicomio, 82
- Milano, 28n, 29n, 30n, 31n, 42n, 43n, 61n, 62n, 63n, 88, 93n, 94n, 125, 141n
- "Hospitale dei matti" di S. Vincenzo in Prato, 16, 41, 91n
 - Manicomio nel palazzo della "Senavra", 64, 91n
- Minnesota,
- Clinica Mayo, 16
- Milton,
- St. James' Hospital, 56
- Monfalcone,
- Stazione, 141n
- Moorfields, 45
- Mombello,
- Manicomio (nell'antico palazzo Crivelli), 74
- Monaco,
- Königsbau, 84
- Montelupo Fiorentino,
- Manicomio dell'Ambrogiana, 21, 31n
- Napoli, 28n, 29n, 31n, 43n, 74, 92n, 97, 98, 109, 131n,
- Facoltà di Architettura dell'Università, 17,
 - Manicomio Giudiziario di S. Eframo, 21, 22, 31n,
 - Carceri Giudiziarie, 21, 22,
 - Regno di Napoli, 69, 130n
 - Manicomio Provinciale di Napoli, 75
 - Archivio di Stato di Napoli, 92n,
 - Manicomio privato Fleurent, 103, 131n,
 - Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'università di Napoli, 132n
 - Ospedale Gesù e Maria, 133n
 - Ospedale Psichiatrico Leonardo Bianchi, 75, 135
- Nereto,
- Casa di Cura Costantini, 109
- Neuruppin,
- Manicomio, 82
- Nocera Inferiore,
- Frenocomio vittorio Emanuele II (dalla trasformazione dell'ex convento degli Olivetani), 76, 109
- Norvegia, 58
- Nottingham,
- Mapperly Hospital, 52, 53, 54
- Olanda, 58
- Orléans, 31n
- Ostia,
- Xenodocheion, 35
- Palermo,
- Manicomio "Real Casa dei matti", 70, 72
 - "Ospedale Pietro Pisani", 72
- Parigi, 51, 58, 61n, 79,
- Villaggio di Auvers-sur-Oise, 14,
 - XIII arrondissement di Parigi, 23
 - Hôpital Général de Paris, 39, 41
 - Poyet nella rue des Colonnes, 47
 - Ospedale di Bicêtre, 39, 43n, 48, 61n
 - Ospedale de la Salpêtrière, 39, 40, 41, 48, 61n, 63n, 70
 - Maison de force de la Salpêtrière, 39, 140
 - Chiesa di Saint-Louis, 40
 - Arc de Triomphe, 50
 - Académie Royale des Sciences, 55
 - Manicomio di Villejuif nella Senna, 58
 - Manicomio di S.te Anne, 58

- Hôtel Dieu, 59
 - Ospedale Lariboisière, 60
 - Manicomio di Ville Évrard, 63n
 - Rue des Colannes, 47
 - Manicomio Maison Blanche, 63n
- Parma, 41
- Pavia, 76
- Pergamo,
 - Asklepeion, 42n
- Pesaro,
 - Manicomio, 101
- Pistoia,
 - Ospedale del Ceppo, 96
- Poggio a Caiano,
 - Casa di Ardenigo Soffici, 14
- Portsmouth,
 - Portsmouth Borough Asylum, 56
- Potenza ,
 - Manicomio Provinciale "Ophelia", 72, 136, 137
- Prestwich, 56
- Quarto dei Mille,
 - Manicomio, 88, 95n
- Reggio Calabria, 76
- Rainhill, 56
- Reggio Emilia, 41, 62n, 74,
 - Manicomio, 21, 30n, 41
 - Manicomio di San Lazzaro, 38, 43n, 67, 133n, 138
- Rockwinkel (Brema),
 - Maniconio "Irrenanstalt di Illenau", 58
- Roma, 31n, 34, 42n, 109, 140
 - Accademia di Francia, 62n
 - Isola Tiberina, Tempio di Esculapio, 33
 - Ospedale di S. Maria della Pietà in piazza Colonna, 41, 3n, 64,
 - Manicomio di S. Maria della Pietà in via della Lungara, 64, 65, 66, 68, 87, 91n, 92n, 94n, 103
 - Ospedale di S. Spirito, 66, 68
- Complesso del Santo Spirito in Sassia, 64, 96, 130n
 - Manicomio Provinciale a S. Onofrio in Campagna al Trionfale, 88
 - Ospedale San Gallicano, 64
 - Villa Barberini, 66
 - Villa Gabrielli, 66
 - Lungotevere, 67
 - Palazzo Farnese, 140
 - Palazzo Ludovisi-Piombino, 140
 - Palazzo sede Banca d'Italia, 140
- Rovigo, 132n
 - Ospedali psichiatrico intitolato a Vittorio Emanuele III, "Manicomio provinciale di Granzette", 20, 138, 141n
- Russia, 58
- Saint-Alban, 31n
- Saint-Maurice in Val-de-Marne,
 - Hospice de Charenton, oggi Hôpital Esquirol, 49, 50, 61n, 62n
- Saint-Rémy-de-Provence,
 - Maison de santé di Saint-Paul-de-Mausole, 14
- Samarcanda, 42n
- Scandicci,
 - manicomio di Castel Pulci in Badia a Settimo, 15
- Scozia, 58
 - Perth, 31n
 - Ospedale di Northfield, 31n
- Siena, 93n, 138
 - Manicomio di San Nicolò, 30n, 67, 73, 74, 86, 140
 - Ospedale S. Maria della Scala, 96
- Steinhof,
 - Manicomio, 82
- Svizzera, 58
- Sulmona,
 - Palazzo della SS. Annunziata, 42n
- Teramo, 25, 76, 97, 98, 99, 100, 110, 131n
 - Ospedale di S. Antonio Abate a Porta Melatina con successiva Sezione manicomiale , 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 112, 130n, 131n, 132n, 135, 140,
 - Archivio Vescovile, 97, 130n
 - Commissione degli Ospizi e di Beneficenza, 98
 - Ospedale Vittorio Emanuele III, 108
 - Archivio dell'Ufficio Tecnico della Asl, 109
- Torino, 41
 - Ospedale dei pazzereelli, 64
- Tournay,
 - maison de santé, 14
- Trieste, 93n, 94n
 - Ospedale provinciale San Giovanni, 76, 83, 93n, 139
 - Casa Berlam in via Giulia, 84
 - Case popolari a San Giacomo, 93n
 - Piazza dell'Unità d'Italia e Palazzo Stratti, 93n
 - Hotel Garni Vanoli Duchi d'Aosta, 93n
 - Palazzo di Giustizia, 141n
- Turchia, 43n
 - Ospedale di Divrigi, 37
 - Külliye a Edirne, 6,37
- Uruguay, 14
- Versailles, 31n
- Vienna, 83
 - Manicomio Am Steinhof e Chiesa di S. Leopoldo, 81, 82
- Voghera,
 - Manicomio, 72, 73
- Volterra, 93n, 94n
 - Sezione per "dementi" nell'ex convento di S. Girolamo, 87
 - "Frenocomio S. Girolamo", 87

FONTI ICONOGRAFICHE

(a): in alto (C): al centro (b): in basso (d): a destra (s): a sinistra

ACETO F. [et al.], *Teramo e la valle del Tordino*, Documenti dell'Abruzzo Teramano, VII, 2, Chieti, 2006: 96, 97.

ADORNO P., *L'Arte Italiana*, vol. 1, tomo I, Firenze, 1992.: 33 (a), 34 (a).

ALEXANDER J., *Mapperly Hospital and George Thomas Hine 1841- 1916*, consulting architect to the Commissioners in Lunacy, in *Transition of the Thoroton Society of Nottinghamshire*, vol.12, 2008: 53 (a,b).

ARIAS P. E., *L'arte della Grecia*, Torino, 1967: 34 (b).

AZZURRI F., *Le riforme e i miglioramenti eseguiti dal 1862 a l 1893 nel Manicomio di S. Maria della Pietà*, Roma, 1893.: 65 (s).

BARIGOZZI BRINI A., GATTI PERER M. L., *Studi e ricerche nel territorio della provincia di Milano: 50 monumenti con l'intervento dell'Amministrazione provinciale di Milano*, Milano, 1967: 64.

BENVENUTI M., *L'Ospedale Provinciale Neuro-psichiatrico de L'Aquila nei suoi nuovi sviluppi (1939-1942). Relazione del Direttore al Presidente dell'Amministrazione Provinciale*, Pisa, 1942: 128, 129 (s,d), IV copertina.

Biblioteca Comunale di Imola, Bim, Fondo iconografico: 19 (a,b), 27 (da).

"Bollettino della Società degli Ingegneri e degli Architetti", n. 37-38, anno XVI, Roma, 1906: 136 (s), 160.

BRANDT S., *Das Narren Schiff*, Basilea, 1494. : 17 (b).

CAPORALE Giuseppe, G. *Quaroni M. Piacentini: concorso per la costruzione del Manicomio provinciale di Potenza - Le ragioni del concorso, Il progetto Ophelia, La mancata realizzazione*, Potenza, 1997: 139.

CATAPANO V. D., *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, 1986:69 (a,b).

DE ROSE A. S., *Marcello Piacentini: opere 1903-1926*, Modena, 1995: 72 (d).

DONGHI D., *Manuale dell'architetto*, vol. II - *La composizione architettonica. Parte I - Distribuzione*, Torino, 1927: 58 (a,b), 72 (sb), 73 (a,b), 74 (a, bs, bd), 86 (a,b), 90 (sa), 135.

EUGENI F., *Atlante storico della città di Teramo*, ivi, 2008: 98, 99, 100, 101.

Foto Carlo Pariani: 15 (a).

Foto di Matilde Terrenzio: I copertina, 40, 102, 105, 106 (sa, sb), 113, 138 (b).

Foto John Bryson: 16 (b).

<http://archivistorico.comune.imola.bo.it>: 72 (sa).

<http://biancoenerored.wordpress.com> : 20 (s,d), 27 (sa).

<http://farm4.staticflickr.com>: 89 (a,b), 90 (sb,d).

<http://farm5.staticflickr.com>: 74 (a).

<http://it.bing.com>: 75 (dc), 80 (sa, da), 107 (d), 137, 150, 155, 156, 157.

<http://maps.google.it>: 21, 23 (d), 24 (sb), 25 (b), 26, 49, 147, 154, 158.

<http://meoblog.ilcannocchiale.it>: 149 (c).

<http://opp.dicar.units.it>: 76, 77, 78 (sa, sb, da, db), 80 (b), 81 (sd), 82 (a,b), 83, 138 (a).

<http://psychiatrie.histoire.free.fr>: 23 (s).

<http://www.alyon.org>: 38.

<http://www.antique-prints.de>: 39 (b).

<http://www.bard.edu>: 24 (d).

<http://www.bl.uk> : 45 (b).

<http://www.canonclubitalia.com>: 152 (a, b).

<http://www.cinemapsiche.it>: 87 (b).

<http://www.comune.firenze.it/archivistorico>: *Le scienze e le arti sotto il pontificato di Pio IX*, Roma, 1863: 65 (d), 67 (a,b).

<http://www.fondazionemariotobino.it>: 145.

<http://www.giacomodoni.com>: 148, 149 (s).

<http://www.medicalmuseums.org>: 46 (s).

<http://www.risme.provincia.bologna.it>: 71.

<http://www.sienafree.it>: 149 (d).

<http://www.simoncornwell.com>: 52 (a), 56 (d).

<http://www.theglasgowstory.com>: 54 (d).

<http://www.thetimechamber.co.uk>: 52 (b).

<http://www.wikimedia.org>: 39 (a).

L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Volume 2. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi, Bari, 1994: 41.

Ministero per i Beni e le Attività Culturali, Archivio di Stato - L'Aquila: 114 (s,d), 115, 116 (s,d), 117, 118 (s,d), 120, 12, 122 (s,d), 123 (a,b), 124 (a,c,b), 125 (a,b), 126 (sa,sc,sb,d), 127 (a,b), 136 (d). La pubblicazione dei suddetti documenti è stata autorizzata con nota prot. n. 220 class. 28.34.01.10 del 30-01-2013.

Musée d'Orsay, Paris: 14.

National Archives and Records Administration, ARC (National Archives Identifier): 16 (a).

PINON P., *L'hospice de Charenton: temple de la raison ou folie de l'archéologie*, Bruxelles, 1989 : 50 (a,b).

PIRANESI G. B., *Le Antichità Romane*, Tomo IV, tav. XVI, 1784: 33 (b).

SAVINI, *L'ospedale di S. Antonio Abate in Teramo e le sue*

vicende storiche ed economiche, ivi, 1902: 106(d)/107(s).
SCOCCO MARINI A., *Le chiese nei quartieri di Teramo*, ivi, 2001: 104.

Società di Esecutori di Pie Disposizioni in Siena, ivi, 1891: 74 (b).

SPESSE M., *Il manicomio in contrada Abrara a Genova*, in *La cultura architettonica nell'età della Restaurazione*, a cura di G. Ricci e G. D'Amia, Milano, 2002.: 68 (s).
Staatliche Kunsthalle, Karlsruhe: 13 (s).

Statutes of the Maniacs at Bethlem Hospital, by Caius Gibber. *Fra Gentlemens Magazine*, London, April 1816: 17 (ad)

STIERLIN H., *Turchia: dai Selgiuchidi agli Ottomani*, Köln, 1999: 36, 37.

The Prospect of Bridewell da John Strype's, An Accurate Edition of Stow's *A Survey of London*, 1720: 18 (s).

The works of Jeremy Bentham, vol. IV 1843: 18 (d).

THOMPSON J. D., GOLDIN G., *The Hospital. A Social and Architectural History*, London, 1975: 68 (d).

Tube Mirum, *materiale per il concorso di idee "cosa fare del S. Maria della Pietà"*, a cura dell'Istituto Edilizia dell'Università di Roma, Roma, 1981: 86 (bd), 87 (a).

Ufficio Tecnico della ASL di Teramo: 108 (a, c, b).

Van Gogh Museum, Amsterdam, Uyngens ing, Vincent van Gogh, The letters: 13 (d).

Vedute delle Ville, e d'Altri Luoghi della Toscana, Appresso Giuseppe Allegrini Stampatore in Rame, Firenze, 1744: 15(b).

VENTILI P., *Proposta avanzata all'Onorevole Deputazione Provinciale di Teramo*, Mosciano S. Angelo, 1901 (OP III/20): 110, 111. Su concessione del Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Archivio di Stato – Teramo, prot. 199 del 30 gennaio 2013, concessione n. 1.

WEALE J., *The Pictorial Handbook of London: Comprising Its Antiquities, Architecture, Arts, Manufacture, Londra*, 1854: 48.

www.deistituzionalizzazione-trieste.it: 24 (sa), 24 (sc), 25 (a).

www.jewishvirtuallibrary.org: 27 (b).

www.spektrum.de: 59.

www.studymore.org.uk: 54(s), 55, 56 (sa, sb).

www.tecalibri.info: 17 (as).

YANNI C., *The architecture of madness: insane asylums in the United States*, Minneapolis, 2007: 44, 45 (s), 45(da), 46(d)/47(s), 47 (d).

ZOCCHI G., *Villa di Castel Pulci del Sigr. Marchse*, 1711-1767: 15 (b).