

## INDICE

<u>RIASSUNTO.....</u>	<u>2</u>
<u>ABSTRACT.....</u>	<u>3</u>
<u>INTRODUZIONE.....</u>	<u>4</u>
<u>CAPITOLO I: SULLA FOLLIA .....</u>	<u>6</u>
<u>Storia della follia: avvio della ricerca foucaultiana.....</u>	<u>6</u>
<u>Navigazioni della follia .....</u>	<u>7</u>
<u>Dal grande internamento alla nascita del manicomio.....</u>	<u>10</u>
<u>CAPITOLO II: “NON CI SONO POTERI BUONI” .....</u>	<u>23</u>
<u>Un ritorno che non è ritorno.....</u>	<u>23</u>
<u>Da “ Storia della follia” a “Il potere psichiatrico”.....</u>	<u>27</u>
<u>Il manicomio tra famiglia e verità.....</u>	<u>32</u>
<u>Il potere psichiatrico, un operatore di realtà.....</u>	<u>36</u>
<u>Microfisica del potere manicomiale.....</u>	<u>38</u>
<u>I tre destini della psichiatria.....</u>	<u>40</u>
<u>“Salutiamo le isteriche come le prime militanti dell’antipsichiatria”.....</u>	<u>45</u>
<u>CAPITOLO III: PSICHIATRIA E ANTI PSICHIATRIA.....</u>	<u>49</u>
<u>La regola del divano e l’antipsichiatria.....</u>	<u>49</u>
<u>L’ intellettuale antipsichiatra.....</u>	<u>52</u>
<u>Follia, la grande esclusa.....</u>	<u>57</u>
<u>CONCLUSIONI.....</u>	<u>62</u>
<u>APPENDICE.....</u>	<u>64</u>
<u>BIBLIOGRAFIA DI “FOLLIA E POTERE PSICHIATRICO”.....</u>	<u>89</u>
<u>BIBLIOGRAFIA DI “STORIE DI EXTRA-ORDINARIA FOLLIA”.....</u>	<u>91</u>

## RIASSUNTO

L'argomento da me scelto per la prova finale è il rapporto tra la follia e il potere psichiatrico nel mondo occidentale, più precisamente, la storia della follia nel corso dei secoli e l'analisi dell'istituzione manicomiale come dispositivo del potere psichiatrico. Per seguire questo percorso ho scelto di analizzare due dei lavori di Michel Foucault, *Storia della follia*, edito nel 1961 e *Il potere psichiatrico*, corso al Collège de France 1973-1974, e alcuni dei contributi che, a partire dagli anni Settanta, hanno caratterizzato il dibattito europeo sul rapporto tra psichiatria e antipsichiatria.

In particolare, mi sono soffermata ad analizzare gli interventi su questo tema di Thomas Szasz, Robert Castel e Franco Basaglia. Quest'ultimo in Italia ha avuto grande importanza a partire dalla metà degli anni Sessanta; il suo operato è stato incisivo sia a livello locale, nelle lotte particolari a favore della chiusura dei manicomi, sia a livello politico-legislativo attraverso l'emanazione della legge 180 del 1978, con la quale si disponeva della chiusura degli ospedali psichiatrici.

Seguendo le analisi di Foucault e l'approccio di Basaglia ho cercato di orientare la mia ricerca su un doppio livello: da un lato ho messo in risalto il modo in cui, nella storia dell'occidente, la follia si è costituita come problema sociale, la storia dei suoi silenzi, delle sue esclusioni e dei relativi modi di gestirla. Una storia che riguarda anche la formazione del potere psichiatrico e il delinearsi di un contro potere volto a sovvertirlo, l'antipsichiatria. Dall'altro lato ho tentato di seguire il metodo storico-genealogico, delineato da Foucault, per ricostruire la storia del manicomio di Colorno e le vicende relative alla sua chiusura.

## ABSTRACT

The object of the present work is the relation between madness and psychiatric power in western society. I have taken in consideration the history of madness down the centuries and I have analysed the institution of the mental hospital as instrument of psychiatric power.

For this reason my research is based on two works by Michel Foucault (History of madness and The psychiatric power) and on some contributions given during the Seventies to the European debate about the relation between psychiatry and antipsychiatry. In particular, I have lingered over the papers of Thomas Szasz, Robert Castel and Franco Basaglia. The last one has played an important role in Italy since the half of Sixties; his work has been crucial on a local level in the fight for the closing of mental hospital and on a political-legislative level with the enacting of the law 180 (1978), that ordered the closure of mental hospitals.

Following the analysis of Michel Foucault and the approach of Franco Basaglia I have directed my research towards a double level: on the one hand I have underlined the way in which, in the history of western society, madness has become a social problem and I have also considered how, beside the psychiatric power, a counter-power, the antipsychiatry, established.

On the other hand I have tried to follow the historical-genealogical method, outlined by Foucault, in order to rebuild the history of the mental hospital in Colorno and the facts relating to its closure.

## INTRODUZIONE

L'uomo, per natura, è portato ad accettare tutto ciò che riesce a comprendere e di conseguenza ad allontanare ciò che non riesce a comprendere.

Da sempre, la paura del diverso, di ciò che non si conosce, di ciò che appunto non si riesce a comprendere, ha caratterizzato la vita dell'uomo dando origine ad una sorta di divisione, operata mediante una linea, tra ciò che l'intelletto umano riesce a capire e ciò che gli sfugge o, per dirla in altri termini, tra ciò che si ritiene normale e ciò che non lo è.

Bisogna ricordare, però, che lo stesso concetto di normalità o anormalità non è universale, varia da cultura a cultura e muta di significato nel corso del tempo.

Argomento che sembra racchiudersi in questa situazione è quello relativo alla follia; in questo lavoro, non intendo definirla – sarebbe un tentativo vano – ma circoscriverla in un quadro di ricerca, quella del filosofo francese Michel Foucault.

Attraversando i suoi scritti vorrei provare a parlare della follia non come un oggetto naturale o immutato ma, vorrei cercare di analizzare piuttosto le relazioni e i meccanismi che nella società occidentale hanno di volta in volta organizzato il suo spazio di esistenza o di assenza.

In *Storia della follia*, scritto del 1961, Foucault non tratta, infatti, tanto dell'oggetto-follia ma piuttosto di quel potere d'esclusione che si è innestato nelle società occidentali, a partire dall'età classica, teso a dividere la società in ragionevoli e irragionevoli. Come afferma Maurice Blanchot, infatti, "Foucault trattava solo indirettamente della follia (...). Importante, in effetti, è la separazione; importante è l'esclusione – e non già ciò che si esclude o si separa"<sup>1</sup>.

Nell'arco temporale che va dal Medioevo agli inizi del XIX secolo, l'opera di Foucault tenta una ricostruzione storica che porta all'esclusione e alla reclusione della follia: se nel Medioevo i folli erano "affidati ai marinai", se nell'età classica<sup>2</sup> erano internati con i vagabondi, i criminali, i poveri, a partire dal XVIII secolo si opera una nuova separazione. La follia resta reclusa da sola, si libera di tutta quella massa indistinta di diseredati con cui condivideva l'internamento e per questo diviene l'ambito di governo di una nuova scienza, la psichiatria.

Successivamente Foucault torna ad occuparsi della follia, in particolare nel 1973-74, tiene un ciclo di lezioni al Collège de France intitolato "Il potere psichiatrico".

---

<sup>1</sup> M. Blanchot, *Michel Foucault come io l'immagino*, Costa&Nolan, 1988, p. 7.

<sup>2</sup> Periodo che va dalla Renaissance alla Rivoluzione francese.

Nel secondo capitolo, dunque, ho attraversato le tematiche costitutive di questo Corso mettendo in evidenza che non si tratta propriamente di un ritorno al discorso precedente, ma piuttosto di un'analisi dei meccanismi e dei rapporti di potere-sapere che regolano lo spazio manicomiale lungo tutto il XIX secolo.

Foucault ha dimostrato che questo tipo di rapporti trascende le strutture manicomiali, il potere psichiatrico si è disseminato in altre istituzioni, in altri contesti e spazi sociali in cui ha avuto un ruolo sempre più importante e determinante nell'esercizio del potere sul corpo.

Nelle sue analisi Foucault ha dimostrato che il potere è una strategia e non una forza che si esercita dall'alto; egli ha messo in luce le condizioni di possibilità storiche, locali, particolari, che hanno reso l'esercizio del potere minuzioso fino ad agire sui corpi e, allo stesso tempo, i punti di resistenza aperti da questa capillarità. La ragione per cui il potere psichiatrico si dispiega con così tanta astuzia dipende, secondo Foucault, dal fatto che nel cuore dello spazio manicomiale agisce un potere minaccioso che bisogna dominare; come egli stesso afferma, "se si è arrivati a una disposizione tattica di questo genere, è perché il problema, prima ancora di essere, o piuttosto proprio per potere essere quello della conoscenza, della verità sulla malattia e sulla sua guarigione, dovrà essere prima di tutto un problema di vittoria. È dunque un campo di battaglia quello che viene di fatto organizzato all'interno del manicomio"<sup>3</sup>.

Al potere psichiatrico, come assoggettamento dei corpi, si contrappone un contropotere, l'antipsichiatria. Essa segnerà un nuovo modo di rapportarsi alla follia, mettendo in discussione la scienza medica e il concetto di malattia mentale tentando, praticamente, di trasformare e distruggere l'istituzione manicomiale.

Tra gli anni Sessanta e Settanta, infatti, in tutta Europa ma anche in America, ha preso piede il dibattito antipsichiatrico che, ha coinvolto medici, filosofi e intellettuali consapevoli della necessità di un impegno concreto e locale a favore della chiusura delle strutture manicomiali e di progetti alternativi all'assistenza della salute mentale.

Il contributo più grande in Italia è stato dato da Franco Basaglia, lo psichiatra che ha portato avanti la lotta per la chiusura dei manicomi di Gorizia e Trieste e che ha ispirato lo stesso tipo di lotte in tutta Italia. Una vicenda emblematica, che mette bene in evidenza il movimento di quegli anni, è quella che ha riguardato la chiusura dell'ospedale psichiatrico di Colorno (Parma). Pertanto, ho ritenuto interessante proporre un breve lavoro, messo in appendice, in cui ho delineato la storia di questo manicomio fino alla sua chiusura.

---

<sup>3</sup> M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974*, edizione stabilita da F. Ewald, A. Fontana, J. Lagrange, Paris, 2003; trd. it integrale a cura di M. Bertani, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004, pp. 18-19.

## CAPITOLO I: SULLA FOLLIA

### *Storia della follia: avvio della ricerca foucaultiana*

*Storia della follia nell'età classica* è una delle prime opere di Michel Foucault; pubblicata nel 1961, essa rappresenta, per l'autore francese, l'inizio di un percorso che interesserà, nel corso degli anni, diversi campi di ricerca.

L'indagine storica della follia rientra nel metodo di ricerca di Foucault, un metodo "archeologico" e "genealogico", orientato comunque verso il presente, verso un'attualità che richiede una diagnosi e un intervento.

Riscrivere la storia della follia ha significato mettere a fuoco il modo in cui la "follia" è venuta a costituirsi come fenomeno all'interno di una cultura ben determinata e interrogare i limiti stessi di quella cultura. Riscrivere "una storia dei limiti" e cioè – come afferma Foucault – "di quei gesti oscuri, necessariamente dimenticati non appena compiuti, coi quali una cultura respinge qualcosa che sarà per lei l'Esteriore; e lungo tutta la sua storia, questo vuoto scavato, questo spazio bianco per mezzo del quale si isola, la contraddistinguono quanto i suoi valori. (...) Interrogare una cultura sulle sue esperienze-limite significa interrogarla ai confini della storia, su una lacerazione che è come la nascita stessa della sua storia"<sup>1</sup>.

Foucault vuole indagare l'esperienza della follia come un' "archeologia del silenzio" il cui scopo è quello di risalire non a una presunta "verità" della follia ma ai gesti che hanno determinato il conflitto tra ragione e assenza di ragione e che, quindi, nel corso della storia, hanno riorganizzato continuamente le polarità del senso e del non-senso, delineando le esperienze-limite del mondo occidentale. Foucault segue la lettura di Nietzsche che vede al centro di queste quella del tragico nella cui struttura il filosofo tedesco ha rintracciato la formazione della storia del mondo occidentale e "il rifiuto, l'oblio e la silenziosa ricaduta della tragedia"<sup>2</sup>.

Attorno al rifiuto della tragedia da parte della storia gravitano altre esperienze, ognuna di esse, ponendosi alle frontiere della nostra cultura, traccia un limite e indica una separazione originaria. *Storia della Follia* è anche la storia di questa grande separazione. La procedura dell'interdizione ha assegnato al discorso il compito di distinguere dei limiti; essa ha

---

<sup>1</sup> M. Foucault, *Prefazione a Storia della follia* (1961); trad. it. di G. Costa in *Archivio Foucault I. 1961-1970. Follia, scrittura, discorso*, a cura di J. Revel, Feltrinelli, Milano 1996, p. 49.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 12.

circoscritto luoghi precisi in cui il discorso è legittimato e ha distinto il diritto di parlare assegnandolo ad alcuni e sottraendolo ad altri.

Le parole del folle sono state il luogo in cui avveniva questa partizione: attraverso le sue parole era sancita la sua esclusione e il suo silenzio rispetto alla ragione.

Foucault spiega: “la percezione che l’uomo occidentale ha del suo tempo e del suo spazio lascia scorgere una struttura di rifiuto, partendo dalla quale si denuncia una parola in quanto non è linguaggio, un gesto in quanto non è opera, una figura in quanto non ha diritto a prender posto nella storia. Questa struttura è significativa di ciò che è senso e non-senso, o piuttosto di quella reciprocità per cui essi sono legati l’uno all’altro; solo essa può render conto del fatto generale che non può esserci nella nostra cultura una ragione senza follia, per quanto la conoscenza razionale che si ha della follia la riduca e la disarmi, fornendole il fragile statuto di accidente patologico. La necessità della follia lungo tutta la storia dell’Occidente (...) è legata alla possibilità della storia”<sup>3</sup>.

In questo senso, la storia dell’esperienza della follia non si costituisce a partire da un fenomeno già individuato e dato per conosciuto, come pretende la scienza medica o la psicopatologia, ma da un gesto di separazione che fa della follia l’oggetto dell’esperienza.

L’uomo europeo fin dal Medioevo è sempre stato in rapporto con qualcosa che egli chiamava Follia, Demenza, Sragione; questo rapporto tra Ragione e Sragione costituisce per la cultura occidentale una delle dimensioni della sua originalità.

### *Navigazioni della follia*

Per raccontare la storia della follia Foucault si concentra sull’*età classica* e cioè quel periodo che, nella cultura francese, va dalla fine del Rinascimento alla Rivoluzione. Ma per comprendere meglio la sua specificità egli deve partire da un momento più lontano nel tempo: la fine del Medioevo.

Nel XV secolo la lebbra sparisce dal mondo occidentale; questo risultato non viene raggiunto grazie a particolari pratiche mediche ma attraverso lunghi anni di segregazione e in conseguenza della fine delle Crociate, quando si determina la rottura con i focolai d’infezione orientali. Il posto occupato dalla lebbra rimarrà vuoto per più di due secoli, finché a fine Rinascimento l’eredità della lebbra sarà raccolta della follia; essa sarà investita dello stesso ruolo e rinchiusa nelle stesse strutture che un tempo ospitavano i lebbrosi.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.15

Prima di essere separati ed esclusi, i folli sono stati oggetto di trattamenti diversi e di differenti forme di sensibilità; sempre ai margini della società ma in un rapporto ambivalente con essa. Infatti, l'esperienza della follia nell'età medioevale sebbene causasse l'esclusione sociale, allo stesso tempo, comportava una sorta di reintegrazione spirituale: nel comportamento dell'insensato c'era qualcosa che destabilizzava la ragione e dimostrava l'irragionevolezza del mondo, i folli erano tenuti al di fuori delle istituzioni cittadine ma erano comunque liberi viandanti.

Nella cultura medioevale la follia viene oggettivata nella “*Nave dei folli*”<sup>4</sup>, uno “strano battello ubriaco che fila lungo i fiumi della Renania e i canali fiamminghi”<sup>5</sup>; si tratta di una creazione letteraria che simboleggia la vita dei folli ai margini delle città ma anche di una pratica vera e propria dell'epoca. Accadeva spesso, infatti, che le autorità municipali affidassero i folli ai battellieri allontanandoli in questo modo dalle mura della città verso luoghi lontani.

L'esistenza vagabonda dei folli si concretizza nella navigazione che, attraverso la creazione di luoghi semi-immaginari, simboleggia “la situazione *liminare* del folle all'orizzonte dell'inquietudine dell'uomo medioevale; situazione insieme simbolizzata e realizzata dal privilegio che ha il folle di essere *rinchiuso* alle *porte* della città: la sua esclusione deve racchiuderlo; se egli non può e non deve avere altra prigione che la *soglia* stessa, lo si trattiene sul luogo di passaggio. E' posto all'interno dell'esterno e viceversa”<sup>6</sup>.

La *navigazione* e il *passaggio* sono immagini altamente simboliche che si legano inevitabilmente a quella dell'*acqua* e al suo valore di purificazione, un elemento costante della cultura medioevale. Il folle viene affidato al fiume - la più libera e la più aperta delle strade - eppure egli resta prigioniero tra due sponde, tra due terre che non gli apparterranno mai. Tutto questo simboleggia l'inquietudine che improvvisamente appare all'orizzonte della cultura europea sul finire del Medioevo: la follia e il folle diventano personaggi importanti nella loro ambiguità.

La figura del folle gioca un doppio ruolo: da un lato esprime la *coscienza critica* con la quale l'uomo disillude le ambizioni della ragione, dall'altro simboleggia la *coscienza tragica* attraverso la quale viene riconosciuto un limite al sapere, all'esistenza e al mondo.

L'angoscia della morte, la fine dell'uomo e del mondo e tutti i temi di distruzione dominanti nell'immaginario europeo si proiettano, a fine Medioevo, sulla figura del folle.

---

<sup>4</sup> Si tratta della “*Narrenschiiff*” di Brandt (1497) e di tutta una produzione romanzesca su certi vascelli che Bosch ritrae nel suo dipinto “*La nave dei Folli*” in: M. Foucault, *Raison et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961; nuova ediz. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard Paris 1972, trad. it. a cura di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976, 2001.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 16.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p. 19.



“La derisione della follia prende il posto della morte e della sua serietà”<sup>7</sup>: il riso del folle anticipa quello della morte, egli disarmo il macabro poiché lo ha preavvertito. La sostituzione del tema della follia a quello della morte non rappresenta una vera e propria rottura; è sempre il nulla dell’esistenza ad esser preso in considerazione, questa volta, però, è sentito non come termine esterno e finale ma come condizione interna, come la forma continua e costante dell’esistenza stessa.

A partire dal XV secolo il volto della follia ossessiona l’immaginazione dell’uomo occidentale e il legame tra la follia e il nulla si salda fortemente.

Agli inizi della *Renaissance* la follia affascina l’uomo per l’ambivalenza della sua dimensione critica e tragica; il fascino della follia proviene dal suo sapere, con le sue immagini assurde ed oscure essa costituisce un sapere difficile, chiuso ed esoterico.

Il folle è portatore di un sapere inaccessibile e temibile: “mentre l’uomo di ragione e di saggezza non ne percepisce che degli aspetti frammentari, e perciò tanto più inquietanti, il folle lo porta tutto intero in una sfera intatta”<sup>8</sup>.

La distanza tra l’elemento critico e quello tragico, durante quest’epoca, tende ad allargarsi continuamente; la *Renaissance* ha privilegiato la parte critica, ovvero ciò “che faceva della follia un’esperienza nel campo del linguaggio, un’esperienza in cui l’uomo era confrontato alla sua verità morale, alle regole peculiari della sua natura e della sua verità”<sup>9</sup>.

Dal XVI secolo la coscienza critica della follia e le sue norme filosofiche o scientifiche, morali o mediche hanno oscurato la coscienza tragica la quale, però, non ha mai cessato di vegliare.

Come si è arrivati a questo punto? Come si sono costituiti i privilegi della riflessione critica nel XVI secolo? Foucault rintraccia dei punti fondamentali in quest’evoluzione, indispensabili per capire l’esperienza classica della follia.

In primo luogo la follia diventa una forma relativa alla ragione; ragione e follia entrano in un rapporto molto stretto: “ogni follia ha la sua ragione che la giudica e la domina, e ogni ragione la sua follia nella quale essa trova la sua verità derisoria”<sup>10</sup>.

La follia diviene dunque *sragione*: essa è una forma di ragione ed esiste solo in rapporto ad essa. Il suo valore acquista significato esclusivamente nel campo della ragione; non riconoscere la condizione di miseria e di debolezza che impedisce all’uomo di accedere alla verità “significa rinunciare ad usare per sempre in modo ragionevole la propria ragione”<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 22.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 34.

<sup>10</sup> *Ibidem*, p. 36.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 39.

Essere ragionevoli implica l'accettazione del cerchio continuo della saggezza e della follia, la consapevolezza della loro reciprocità e della loro inseparabilità.

La follia diviene sforzo della ragione poiché attraverso di essa la ragione si manifesta e trionfa: la follia è un momento duro ma necessario al lavoro della ragione, "la sua forza viva e segreta"<sup>12</sup>.

L'influsso del pensiero cristiano è fondamentale in questa evoluzione: il mondo è follia agli occhi di Dio e l'uomo, elevandosi fino a Dio e misurandosi con la sua verità, dimostra la follia dell'ordine umano. Tutto ciò che per l'uomo è saggezza diventa follia nel momento in cui egli protende verso Dio.

Collocata fino ad allora in una pluralità di dimensioni contraddittorie, la follia si trova ora disarmata e condotta alla ragione, accolta e trapiantata in lei; è in questo contesto che si inserisce la riflessione di Pascal: "gli uomini sono così necessariamente folli che il non esser folle equivarrebbe a esserlo secondo un'altra forma di follia"<sup>13</sup>.

Concludendo con Artaud "la *Renaissance* del XVI secolo ha rotto con una realtà che aveva le sue leggi, forse sovraumane, ma naturali; e l'Umanesimo della *Renaissance* non fu un ingrandimento ma una diminuzione dell'uomo"<sup>14</sup>

Così nasce l'esperienza classica della follia; essa perde i suoi poteri inquietanti e minacciosi spostandosi dai confini del mondo, dell'uomo e della morte all'interno della ragione umana.

Non ci sarà più bisogno di far vagare la follia sulle navi, ora si troverà tra le cose e tra la gente, basterà trattenerla e legarla. Dalla *barca* all'*ospedale*, dall'*imbarco* all'*internamento*.

### *Dal grande internamento alla nascita del manicomio*

Il 27 aprile 1656, Luigi XVI fonda a Parigi l'Hôpital Général: si tratta di una riforma, di una riorganizzazione amministrativa che riunisce sotto un unico nucleo istituzioni già esistenti come la Salpêtrière, Bicêtre e molti altri edifici destinati a scopi diversi.

Foucault dimostra come questo avvenimento non sia semplicemente un mutamento dell'organizzazione di queste strutture ma, più in profondità, un evento che raccoglie in sé la specificità dell'esperienza classica della follia: il grande internamento.

---

<sup>12</sup> *Ibidem*, p.41.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 41.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p.36.

Infatti a questa riforma sottende una trasformazione fondamentale: il problema della follia si lega per sempre, attraverso l'esperienza della miseria, alla ragione e alla morale.

Nelle case di internamento - spesso gli antichi lebbrosari - che dappertutto in Europa cominciano ad essere istituite, vengono rinchiusi assieme condannati, giovani senza casa, poveri, ammalati ed insensati. Una massa, inizialmente indistinta, che viene percepita come una minaccia all'ordine sociale e che pertanto deve essere sottoposta ad un regime assistenziale e repressivo.

L'Hôpital Général non è un'istituzione medica ma, piuttosto, una struttura semigiuridica che decide, giudica ed esegue; essa funge allo stesso tempo da luogo di assistenza e di repressione.

In ragione di questa duplice funzione in queste istituzioni si mescolano, spesso in maniera conflittuale, "i vecchi privilegi della Chiesa in materia d'assistenza ai poveri e di riti dell'ospitalità, e la preoccupazione borghese di mettere ordine nel mondo della miseria; il desiderio di assistere e il bisogno di reprimere; il dovere di carità e la volontà di punire"<sup>15</sup>.

L'editto francese del 1657, inoltre, proibisce la mendicizia in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento con la galera prendendo di mira, in questo modo, tutta una popolazione di diseredati, di uomini senza legami sociali, di cittadini tagliati fuori dal nuovo sviluppo economico.

In quest'epoca si sviluppa una nuova sensibilità nei confronti della miseria e dei doveri di assistenza, nascono nuove forme di reazione davanti ai problemi economici della disoccupazione e dell'ozio; nasce una nuova etica del lavoro e anche il sogno di una comunità in cui l'obbligo morale si unisca alla legge civile sotto le forme autoritarie della coercizione.

La strada che porta all'internamento passa per quella della desacralizzazione della miseria: essa perde la sua misticità poiché la Povertà e la Carità assumono significati negativi.

Sotto l'influsso del pensiero protestante – luteranesimo e calvinismo - la povertà assume il valore di punizione: al povero non viene più promessa alcuna gloria ma, al contrario, egli viene umiliato nella collera di Dio. Di conseguenza la carità perde il suo valore di testimonianza e indicazione della fede: essa non ha più valore di salvezza in quanto non esiste più glorificazione del dolore.

Attraverso la fede nella predestinazione l'uomo resta legato ai suoi doveri verso la società e indica nel povero contemporaneamente l'effetto del disordine e l'ostacolo all'ordine; diviene, quindi, dovere morale di ogni cristiano sopprimere la miseria e contribuire a tale fine.

---

<sup>15</sup> *Ibidem*, p.58.

In questo modo la povertà passa dall'esperienza religiosa che la santifica a una concezione morale che la condanna.

La Chiesa cattolica se in un primo momento è avversa a questo tipo di assistenza collettiva che toglie al gesto individuale il suo valore e alla miseria il suo significato, successivamente si adegua alle concezioni protestanti che vedono i poveri non come l'occasione, offerta da Dio, di salvarsi prestando loro soccorso, il pretesto che suscita carità, ma come la feccia delle nazioni. La povertà materiale coincide con la miseria spirituale.

Inoltre la Chiesa supera l'idea che il povero possa rappresentare Dio sulla terra e che il rifiutare la carità ad un povero possa essere motivo di offesa a Dio; infatti, dal momento in cui vengono istituite le case d'internamento, Dio smette di celarsi nelle vesti di povero.

La miseria, perdendo misticità nell'istituzionalizzazione, è ancora oggetto di carità per i cristiani ma che si realizza solo tramite la previdenza degli Stati.

Struttura fondamentale dell'internamento è l'opposizione tra povero buono e povero cattivo: il primo si fa portatore di una libertà sottomessa, il secondo di una povertà ribelle. Conformemente a questa concezione, il buono accetta l'internamento trovando la sua pace, il cattivo, per contro, lo rifiuta e quindi lo merita. L'internamento si carica così di un duplice valore: beneficio e punizione, ricompensa e castigo a seconda di quale povero venga ospitato. All'interno dell'ospizio lo Stato si prende cura del disoccupato il quale, privato della sua libertà, conserva il diritto ad essere nutrito alla sola condizione di subire costrizioni fisiche e morali.

Naturalmente la pratica dell'internamento riguarda tutta l'Europa come una delle conseguenze alla crisi economica del mondo occidentale che comportava una serie di fenomeni quali il ribasso dei salari, la disoccupazione, le crisi monetarie, fenomeni dovuti probabilmente alla crisi spagnola. La ricostruzione storica di Foucault, infatti, segue in parallelo la fondazione di ospedali in Francia, di *workhouses* in Inghilterra, di *Zuchthausern* in Germania e di altri tipi di case correzionali in Spagna, Olanda e Italia.

Fuori dai periodi di crisi l'internamento non perde il valore, anzi, assume una nuova utilità: dà lavoro ai rinchiusi e si serve di questi per la causa della prosperità nazionale. L'andamento dell'internamento segue quello economico di uno Stato: durante i periodi di piena occupazione e salari alti si utilizzano gli internati come mano d'opera a basso costo; nei periodi di crisi, invece, i disoccupati vengono riassorbiti negli ospizi assicurando, così, lo Stato dalle agitazioni e dalle sommosse. L'esigenza morale diviene tattica economica.

Il significato reale di questa operazione sottende alla formazione di una coscienza etica del lavoro che viene percepito come rimedio a tutte le forme di miseria, come il polo opposto

della povertà e, attraverso la fatica, come il riscatto alla punizione scaturita dal peccato originale. Di conseguenza il male assoluto per il XVII secolo è l'ozio; un orgoglio a cui l'uomo, dopo Adamo, non ha più diritto. Medioevo e Rinascimento, invece, avevano riconosciuto come causa di tutti i mali la superbia e l'avarizia; si può affermare che l'ozio nel mondo classico ha sostituito l'esclusione della lebbra nel Medioevo.

Ma cosa c'entra tutto questo con la Follia? Perché i folli vengono internati insieme agli oziosi e ai poveri? Perché anche loro vengono sottoposti alle leggi del lavoro obbligatorio?

Foucault dimostra che, a partire dall'età classica, la sensibilità verso la follia si esprime, per la prima volta, con una condanna etica dell'ozio. Il potere etico di separazione respinge tutte le forme dell'inutilità sociale. La follia si recepisce in termini di inutilità, di ozio e di improduttività. La distinzione tra buono e cattivo, operata all'interno della struttura dell'internamento, caratterizza anche la follia: si tratta di una valorizzazione etica e di un atteggiamento morale espresso dal povero o dal folle, il quale, prima di essere oggetto di conoscenza, è considerato soggetto morale.

Nel XVII secolo, quindi, la follia è desacralizzata perché la miseria ha subito un declino verso l'orizzonte della morale; la sensibilità che nasce in quest'epoca nei confronti della follia è di tipo sociale e non più religioso. Il folle si colloca nell'ordine degli individui in una società, o meglio, viene escluso da questa e accolto assieme ai poveri e ai vagabondi all'interno di una struttura equivoca che si propone di risanarlo "estromettendolo dal giro".

Il pellegrinaggio errante del folle va inquadrato nelle mura ospedaliere così da non turbare l'ordine della società.

Ora, quindi, l'obbligo del lavoro diviene esercizio etico e garanzia morale, ascesi e punizione. "Il prigioniero che può e vuole lavorare sarà liberato; non tanto perché egli sarà di nuovo utile alla società, ma perché egli ha sottoscritto di nuovo al grande patto etico dell'esistenza umana"<sup>16</sup>.

La morale si inserisce per via amministrativa: in questo modo si compie la sintesi tra obbligo morale e legge civile. Foucault fa notare che la morale aveva preso questa via già molte altre volte nella storia dell'Europa ma nel XVII secolo compare un elemento nuovo: la legge non condanna più, le case d'internamento diventano luoghi della pura moralità che viene applicata senza compromessi tramite coercizione fisica. La morale viene amministrata come il commercio o l'industria, "la grande idea borghese che anche la virtù è un affare di Stato, che si possono prendere provvedimenti per farla trionfare, che si può stabilire un'autorità per essere sicuri che la si rispetti"<sup>17</sup> si fa strada nelle istituzioni della monarchia assoluta.

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 78.

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 79.

Attraverso l'internamento si mira a sorvegliare i costumi e ad educare alla religione; pare esserci un tentativo, anche da parte della Chiesa, di adeguare l'ordine alla virtù. L'internamento si realizza come ordinamento civile e politica di religione. Nella storia della follia l'internamento segna un momento decisivo: “la follia è percepita nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità al lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo”<sup>18</sup>.

I nuovi significati assunti dalla povertà, lavoro ed etica del lavoro determinano il mutamento del significato della follia. Nasce, quindi, una nuova sensibilità che limita ed esclude; dopo la luce del Medioevo e della *Renaissance*, essa si trova a vivere reclusa e legata alla ragione e alla morale.

Secondo Foucault l'internamento non ha avuto solo una parte negativa di esclusione ma anche una parte positiva di organizzazione. Infatti esso ha ravvicinato, in un unico nucleo, personaggi e valori che le culture delle epoche precedenti non avevano mai confuso insieme poiché non percepivano nessuna somiglianza, inoltre, così facendo, li ha condotti tutti verso la follia.

Per realizzare questi ravvicinamenti “è stata necessaria tutta una riorganizzazione del mondo etico, nuove linee di separazione tra il bene e il male, tra il riconosciuto e il condannato, e l'istituzione di nuove norme nell'integrazione sociale. L'internamento non è che l'aspetto più vistoso di questo lavoro in profondità che fa corpo con tutto l'insieme della cultura classica”<sup>19</sup>. Queste nuove esperienze si riferiscono alla sessualità nei suoi rapporti con l'organizzazione familiare borghese, alla profanazione nei suoi rapporti con la nuova concezione del sacro e dei riti religiosi e al “libertinaggio”, cioè i nuovi rapporti che vengono ad instaurarsi tra il libero pensiero e il sistema delle passioni. “Nello spazio dell'internamento questi tre campi d'esperienza formano con la follia un mondo omogeneo, che è quello in cui l'alienazione mentale assumerà il significato che noi le conosciamo”<sup>20</sup>.

Con l'entrata dei venerei all'Hôpital la follia comincia a convivere col peccato: il venereo nell'età classica diventa un impuro piuttosto che un malato, egli ha contratto il morbo a causa di un'azione amorale perciò se bisogna curarlo per cancellare il contagio, bisogna anche punire la carne poiché essa è ciò che ci lega al peccato.

Nelle pratiche terapeutiche di purificazione vi è una sorta di complicità tra la medicina e la morale; si forma così una secolare parentela tra sragione e colpevolezza che l'alienato sente come un destino mentre il medico come una verità di natura. La repressione acquista, in questo modo, una doppia efficacia: guarisce il corpo e purifica l'anima.

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 82.

<sup>19</sup> *Ibidem*, p. 87.

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 87.

Anche l'omosessualità, a partire dal classicismo, entra a far parte del discorso intorno alla follia; con questa scelta la nostra cultura ha posizionato la sessualità sulla linea di confine della sragione e “ben presto, per via di conseguenza e degradazione, tra la salute e la malattia, il normale e l'anormale”<sup>21</sup>. Nella stessa categoria di sessualità rientra, inoltre, tutto ciò che è relativo alla prostituzione e alla dissolutezza. L'internamento serve a mantenere un certo ordine nella struttura familiare, un ordine che rappresenta sia una regola sociale sia una norma della ragione. Infatti, la famiglia, domandando e ottenendo l'internamento, diviene uno dei criteri essenziali della ragione.

Tutto ciò che non è conforme all'ordine e all'interesse familiare viene escluso e confinato nella sragione.

L'età classica, inoltre, riduce tutte quelle violenze contro il sacro, tutti quei vecchi riti della magia, della profanazione, della bestemmia che in epoche precedenti avevano assunto significati importanti e di efficacia simbolica ad un dominio di illusione, che è quello della sragione, in cui queste pratiche diventano insensate e condannabili.

Oltre alla repressione del pensiero e al controllo dell'espressione, l'internamento ha anche avuto una funzione particolare: richiamare alla verità per mezzo della coercizione morale. Il libertinaggio del pensiero, che un tempo era incredulità o eresia, ora non è più un delitto ma un errore a cui si ripara grazie ad una riforma morale in favore della verità.

Entrando nei registri delle case di internamento la parola “libertinaggio” non designa la libertà di pensiero o di costumi ma “al contrario uno stato di servitù nel quale la ragione si rende schiava dei desideri e serve del cuore”<sup>22</sup>.

Attraverso queste operazioni, la follia si trova al di fuori degli ambiti in cui era sempre stata; essa è localizzata, definita nella sua presenza concreta, liberata dalle sue ambiguità dialettiche. A partire dal XVII secolo la follia è percepita sull'orizzonte della realtà sociale; gli insensati sono tipi riconosciuti e isolati dalla società: il dissoluto, l'omosessuale, il mago, il suicida, il libertino. La sragione inizia ad essere misurata a distanza e in rapporto alla norma sociale; “ecco dunque il punto essenziale: la follia è stata bruscamente investita in un mondo sociale, nel quale essa trova ora il suo luogo privilegiato e quasi esclusivo d'apparizione; quasi da un giorno all'altro (in meno di cinquant'anni in tutta l'Europa) le è stato attribuito un territorio limitato dove ognuno può riconoscerla e denunciarla (...); a partire da quell'istante, e in ciascun personaggio in cui essa si incarna, sarà possibile esorcizzarla con un solo tratto per mezzo di misure d'ordine e di precauzioni poliziesche”<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 93.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 103.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 106.

In questo contesto non c'è ancora un dominio medico sull'insensato: l'interdizione, infatti non comporta nessuna perizia medica, è una questione regolata tra la famiglia e l'autorità giudiziaria. Nella sua indagine Foucault individua, inoltre, un forte legame tra follia e delitto, un'implicazione che li confonde insieme in un concetto indistinto: "il soggetto può essere un po' più folle o un po' più criminale, la più estrema follia sarà fino in fondo inquinata di malvagità"<sup>24</sup>. Si tratta di un rapporto oscuro tra la follia e il male, un rapporto che non dipende, come nelle epoche precedenti, dalle potenze del mondo ma dal potere individuale dell'uomo, dalla sua volontà. La follia si radica completamente nel mondo morale.

Nel corso del XVIII secolo qualcosa inizia a cambiare nei riguardi della follia: si avverte una nuova paura della sragione che sembra riallacciarsi alle vecchie ossessioni e restituirle uno statuto che l'internamento aveva quasi dissolto. C'è come una spinta a lasciar riapparire la follia, a isolarla e definirla; ed è proprio all'interno dello stesso spazio in cui essa era stata reclusa che si compie un lento lavoro che la farà riaffiorare e metterà in discussione l'internamento stesso. Si preannuncia, per la follia, una nuova separazione.

Durante questo secolo sono numerose le proteste contro l'internamento; si accusa quest'istituzione di tenere insieme e confondere nello stesso luogo libertini, condannati, dissoluti e insensati. I primi a protestare sono gli stessi internati i quali si accorgono che tra loro vi sono uomini il cui disordine è d'altra natura; anche dall'esterno si fa valere il fatto che gli internati meriterebbero una sorte migliore di quella che li confonde con gli insensati.

Questa polemica "filantropica" contro l'internamento "si dirige sì contro la promiscuità di folli e sani di mente ma non contro il rapporto fondamentale che è ammesso tra i folli e l'internamento. Questo rapporto non è mai in discussione, qualunque atteggiamento si adotti"<sup>25</sup>.

Inoltre, nel XVIII secolo la crisi economica che investe tutta l'Europa segnala, per la prima volta, il tema della popolazione come ricchezza dello Stato e spinge a recuperare tra gli internati tutti coloro che possono essere recuperati al processo produttivo. Il povero che può lavorare viene ora percepito come un elemento positivo della società.

"Perché tali persone, legate a catene ambulanti, non sono utilizzate in lavori che possono essere nocivi per gli operai volontari?"<sup>26</sup>; Foucault riporta la domanda di Mirabeau "l'amico degli uomini", secondo il quale tutti i rinchiusi sono colpevoli ma gli ospizi, che lui chiama "case costose dove trascinano una vita inutile"<sup>27</sup>, non sono il loro posto. Questi internati sani di mente dovrebbero, quindi, essere trasportati nelle fabbriche pesanti o nelle manifatture di

---

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 140.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 336.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 336.

<sup>27</sup> *Ibidem*, p. 336.



provincia. Una volta recuperata tutta questa popolazione chi resta nelle case di internamento sono gli insensati che, per il fatto di essere irrecuperabili, appartengono a pieno diritto a questi luoghi, d'altra parte essi "devono pur marcire da qualche parte"<sup>28</sup>.

Nel XVIII secolo la critica politica dell'internamento non ha avuto un senso di liberazione della follia poiché non si è prestato agli insensati un'attenzione più filantropica e più medica, al contrario, essa ha legato, meglio di prima, la follia all'internamento rendendola soggetto e oggetto, immagine e scopo della repressione.

A questo punto, mentre tutti gli imprigionati tendono a sfuggire all'internamento, la follia rimane l'unica testimonianza di una pratica che fu essenziale al classicismo ma che acquista un senso differente. Infatti, "tutto ciò che un tempo avviluppava la follia va in rovina: il cerchio della miseria e quello della sragione si disfano. La miseria è ripresa nei problemi immanenti all'economia; la ragione si sprofonda nelle figure dell'immaginazione. I loro destini non si incontreranno più. E alla fine del XVIII secolo riappare la follia stessa, condannata ancora alla vecchia terra d'esclusione, come il delitto, ma altresì messa a confronto con tutti i nuovi problemi che implica l'assistenza ai malati"<sup>29</sup>.

La follia, restituita ad una sorta di solitudine, viene così "liberata": essa è libera poiché c'è una sensibilità che la individualizza e riconosce il suo volto, nuovamente separata la follia pone problemi e domande fino ad allora mai formulate.

La popolazione che ha abbandonato gli ospizi è stata accolta in famiglia nel senso che povertà, libertinaggio e malattia sono rientrati nel dominio privato, per questa ragione la follia reclama uno statuto pubblico, "uno spazio di confino che garantisca la società dai suoi pericoli"<sup>30</sup>.

In questa fase di ricerca Foucault rintraccia le forme di liberazione assunte dalla follia e per ognuna di esse egli ritrova una struttura di protezione che le si oppone.

In primo luogo la liberazione della follia da tutte le altre forme di sragione con cui essa conviveva ha fatto sì che si delineasse un luogo privilegiato in cui la follia doveva raggiungere la propria verità.

In secondo luogo con la costituzione di un asilo il cui fine è esclusivamente medico, la follia viene imprigionata in uno spazio invalicabile, un luogo di manifestazione e allo stesso tempo di guarigione. Per molto tempo il pensiero medico era rimasto estraneo alla pratica di internamento ma, sul finire del XVIII secolo, queste due figure iniziano a convergere.

---

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 337.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 352.

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 361.

Come terza forma di liberazione Foucault individua l'acquisizione da parte della follia del diritto ad esprimersi, ad essere ascoltata, a parlare per se stessa; di conseguenza la follia, osservata da uno sguardo continuo, diviene un oggetto.

Il quarto punto è l'introduzione della follia nel soggetto psicologico come verità quotidiana della passione, della violenza e del delitto, un inserimento che vede la follia all'interno di un mondo negativo, di una cattiva coscienza.

Secondo Foucault i miti che fondano il prestigio della psichiatria moderna sono la ristrutturazione delle forme d'asilo in Inghilterra per iniziativa del quacchero Samuel Tuke e le liberazione degli incatenati di Bicêtre, nel 1795, per opera di Pinel.

Foucault indaga questi due avvenimenti non come i prodotti di una coscienza medica e filantropica che sia venuta in possesso di una questione trattata fino ad allora coi mezzi di un sapere non medico, ma come i due momenti fondatori dell'archetipo dell'asilo moderno.

Infatti, questi due eventi coincidono con un processo che per la prima volta costringe la follia in una struttura oggettiva e che delimita idealmente, quindi non più solo fisicamente, lo spazio in cui folli possono trovare la loro verità.

La casa di Tuke, il Ritiro, nasce, sul finire del XVIII secolo, da un'iniziativa della "Società dei Quaccheri" di dare asilo a tutti quegli insensati che, non avendo mezzi economici sufficienti, non possono accedere a strutture costose. Questa casa è immersa nella campagna inglese, è circondata da un grande giardino chiuso e non presenta né sbarre né grate alle finestre.

Il Ritiro nasce in circostanze storiche precise: alla fine del 1700 la legislazione inglese tende a favorire l'iniziativa privata nel campo dell'assistenza, nascono le società di soccorso, gruppi di assicurazione che si costituiscono sul modello dei quaccheri e che, attraverso collette e donazioni, raccolgono fondi a favore di quei soci che si trovano nel bisogno o che si ammalano. Questa grande riorganizzazione legale dell'assistenza rientra nei provvedimenti con cui lo stato borghese inventa, per i propri bisogni, la beneficenza privata.

Il Ritiro punta ad essere una grande comunità basata sui principi di una società semplice ma patriarcale: rapporto fraterno tra malati e sorveglianti sotto l'autorità dei direttori e degli amministratori.

Apparentemente questa "famiglia" pone il malato in un ambiente normale e naturale, in realtà, lo aliena molto di più: Tuke ha ricostruito un mondo artificiale attorno alla follia, un ambiente fittizio per mezzo di simboli e atteggiamenti. Come afferma Foucault, "nelle intenzioni di Tuke si trattava di preconstituire un ambiente che imitasse le forme più antiche, più pure e più naturali della coesistenza: ambiente più umano ma anche il meno sociale possibile. In realtà,

egli ha ritagliato la struttura sociale della famiglia borghese, l'ha ricostituita simbolicamente nell'asilo e l'ha lasciata andare alla deriva nella storia"<sup>31</sup>.

La vita in campagna fa assumere alla natura un ruolo fondamentale: essa deve trionfare, deve ricondurre l'uomo, attraverso un avvicinamento misterioso, alla sua natura e scongiurare tutto ciò che la società ha immesso nell'uomo di contrario alla natura. A partire dalla Natura come Verità del mondo sempre uguale a se stessa è possibile, secondo la psichiatria dell'Ottocento, restaurare nell'alienato la sua Natura-Ragione e di conseguenza la sua Natura-Salute. Attraverso i miti della Famiglia e della Natura il Ritiro si pone come modello affettivo e originario: si tratta di riportare l'uomo ai rapporti sociali elementari e conformi all'origine, di ricondurlo alle sue verità essenziali di Primo Uomo naturale e sociale.

Siamo comunque in un contesto religioso, quello dei quaccheri, nel quale Dio benedice gli uomini per la loro prosperità, quindi, il lavoro assume un significato fondamentale e di liberazione all'interno del Ritiro. Esso fa parte della cura morale imposta al folle poiché possiede una forza coercitiva superiore a tutte le altre forme di punizione fisica e, attraverso la regolarità delle ore, l'esigenza d'attenzione, l'obbligo a terminare l'azione, il lavoro dà al malato la libertà impegnandolo in un sistema di responsabilità. Al lavoro come cura morale si aggiunge lo "sguardo altrui" che Tuke chiama "bisogno di stima": si tratta, secondo le analisi di Foucault, di una delle grandi componenti dell'esistenza nell'asilo, di un rapporto profondo ma non reciproco. Lo sguardo spia il folle anche nei momenti meno sensibili della sua follia; essendo però unicamente guardato, il folle non può restituire in nessun modo questo sguardo. Questa vicinanza dello sguardo che sorveglia, che spia, che si avvicina per vedere meglio, diventa sempre più una lontananza poiché si limita a osservare e classificare. In questo modo la scienza medica non diventerà mai dialogo ma solo silenzio.

Sorveglianza, Giudizio e Autorità sono, per Foucault i frequentatori dello spazio riservato dalla società all'alienazione; essi rappresentano allo stesso tempo il prestigio dell'autorità che rinchiude e il rigore della ragione che giudica e, determinando la situazione concreta in cui si affrontano folle e non folle, essi determinano a priori la disfatta della sragione.

L'altro momento che per Foucault costituisce un passo essenziale nella storia della follia – si potrebbe dire – internata, è la liberazione dalle catene degli alienati dell'ospedale parigino di Bicêtre. Nonostante la legge francese del 1790 che prevedeva la creazione di grandi ospedali per insensati, Bicêtre nel 1795 era ancora una grande casa per poveri, vecchi, condannati e pazzi, in più, a tutta questa popolazione si aggiungevano i detenuti politici della Rivoluzione.

---

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 420.

La decisione del medico francese Pinel di togliere le catene anche agli alienati più violenti è indagata, da Foucault, non nel suo significato filantropico ma piuttosto nel senso di un gesto fondatore, di un momento decisivo dell'internamento.

Qual è il senso della liberazione degli incatenati? Foucault risponde: “togliere le catene agli alienati delle segrete significa indurli nel dominio di una libertà che sarà anche quello di una verifica, significa lasciarli apparire in un'oggettività che non sarà più velata nelle persecuzioni e nei conseguenti furori; significa costituire un campo asilare puro”<sup>32</sup>.

In molte delle liberazioni fatte da Pinel accadeva spesso che i folli liberati trovassero la loro espressione in figure sociali precise; era come se una volta liberi recuperassero la ragione attraverso delle specie sociali che si erano assopite per un po' sotto la follia, era come se il folle, liberato dall'animalità alla quale le catene lo costringevano, raggiungesse l'umanità attraverso il *tipo sociale*. Tra i primi liberati, infatti, c'era chi ridiventava ufficiale o capitano. Per Pinel l'operazione in cui la ragione viene rappresentata da tipi sociali moralmente riconosciuti e approvati, è essenziale e costituisce la guarigione del folle.

Al contrario di quello che succede nel Ritiro, nella Bicêtre di Pinel non esiste alcuna segregazione religiosa, secondo il medico francese la religione non deve essere il substrato morale della vita dell'asilo, ma semplicemente un oggetto medico.

Ma negando le forme immaginarie della religione – come la società sognata dai quaccheri – Pinel non nega il suo contenuto morale: essa è in grado di risanare il folle poiché può avvicinarlo alla sua verità morale. Viene riconosciuto alla religione un potere morale che consola, confida e rende docili fedeli della natura. “L'asilo è dominio religioso senza religione, dominio della moralità pura, dell'uniformità etica”<sup>33</sup>, per questo motivo reprimerà i vizi, cancellerà le irregolarità, denuncerà tutto ciò che si oppone alle virtù essenziali della società.

Pinel rende l'asilo uno strumento di uniformità morale che mentre cerca di assicurare una continuità etica tra follia e ragione, opera una segregazione sociale che garantisce alla morale borghese un primato universale.

È facile comprendere che da questo punto in poi la follia, divenuta degenerazione, è percepita come la minaccia che sale dai bassifondi della società. A differenza della casa di Tuke, lontana dal mondo e confinata nella natura, Bicetre è il luogo morale dove scompaiono le alienazioni che nascono ai margini della società esterna; per realizzarlo Pinel organizza la vita degli internati e il comportamento dei sorveglianti e dei medici secondo trattamenti particolari.

---

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 402.

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 422.

Dopo la liberazione dalle catene al malato viene rivolto un silenzio che, sotto le forme dell'indifferenza e del mutismo, lo chiude in una libertà vuota e lo abbandona ad una verità non riconosciuta. In questo modo, alla coercizione fisica si sostituisce una libertà che si scontra però con la solitudine; al dialogo della follia, un monologo con il silenzio degli altri e alle offese, l'indifferenza.

Cadute le catene, il malato diviene prigioniero di se stesso e instaura un rapporto di colpevolezza con se stesso e di vergogna con gli altri. Libero da ogni punizione fisica, ora il folle ha bisogno di sentirsi colpevole.

Nell'asilo di Pinel vige, inoltre, un giudizio perpetuo: la follia è continuamente giudicata dall'esterno non da una coscienza morale e scientifica ma da una sorta di tribunale invisibile che aleggia all'interno dell'ospedale. Si tratta di ricreare un microcosmo giudiziario che legghi l'alienato ad una condizione perpetua di colpevolezza.

Infatti, Pinel prende in prestito alcune pratiche abituali proprie del mondo poliziesco come l'uso della doccia. Attraverso l'uso ripetuto di questo mezzo punitivo, il malato arriva a riconoscere la sua colpa, nasce in lui il rimorso che altro non è che il prolungamento della punizione nella sua coscienza. L'asilo di Pinel, quindi, non è un libero campo d'osservazione, di diagnosi e di terapia ma, essenzialmente, uno spazio giudiziario dove si è accusati, visti, giudicati e condannati.

Mentre l'internamento classico aveva creato uno stato di alienazione che esisteva solo dall'esterno, nel senso che esisteva solo per coloro che internavano, Tuke e Pinel, con l'esperienza del Ritiro e quella della liberazione degli incatenati di Bicêtre, hanno interiorizzato l'alienazione dell'internamento, l'hanno posta come distanza del folle da se stesso e l'hanno costituita come mito. "E – afferma Foucault – proprio di mito bisogna parlare quando si fa passare per natura ciò che è concetto, per liberazione di una verità ciò che è ricostituzione di una morale, per guarigione spontanea della follia ciò che probabilmente è soltanto il suo segreto inserimento in una realtà artificiale"<sup>34</sup>. Pinel e Tuke, infatti, trasmettono dei valori mitici che la psichiatria del XIX secolo accetterà come evidenze di natura.

Non solo; essi hanno introdotto nel mondo dell'internamento un personaggio fondamentale, depositario, non tanto del sapere scientifico, ma della morale e del diritto: il medico. E sarà proprio il rapporto tra *medico* e *malato* uno dei cardini principali attorno a cui ruoterà il processo di medicalizzazione della follia nel corso del XIX secolo<sup>35</sup>.

Non si tratta dell'introduzione di un nuovo personaggio ma piuttosto di una trasformazione dello stesso; nelle epoche precedenti il medico non partecipava alla vita dell'internamento

---

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 411.

<sup>35</sup> Cfr., Catucci S., *Introduzione a Foucault*, Laterza, Roma-Bari, 2000

ora, invece, egli diventa la figura essenziale dell'asilo: stabilisce le entrate e offre una garanzia giuridica e morale, non scientifica.

La figura del medico può delimitare la follia e questo non deriva dal fatto che la conosce ma che la domina; se il medico, con Tuke e Pinel, arriva ad esercitare la propria autorità nel mondo dell'internamento accade perché egli, fin dall'origine, "è stato Padre e Giudice, Famiglia e Legge, mentre la sua pratica medica non faceva da tempo che commentare i vecchi riti dell'Ordine, dell'Autorità e della Punizione"<sup>36</sup>. E' in questo senso che si può parlare di una trasformazione del personaggio medico.

All'interno della coppia medico-malato, caratterizzata da un rapporto asimmetrico e non reciproco, il medico conserva un potere di guarigione quasi miracoloso; ma è il malato che, alienandosi nel medico, ne accetta in anticipo tutti i prestigii, sottomettendosi alla sua volontà. La coppia è quindi il luogo in cui le alienazioni si annodano e si sciolgono.

Anticipando le tematiche che tratterà più avanti nella sua ricerca, Foucault afferma: "queste guarigioni senza supporto, e delle quali bisogna pur riconoscere che non sono false guarigioni, diventeranno le vere guarigioni di false malattie. La follia non era né ciò che si pensava che fosse, né ciò che pretendeva di essere: era un insieme di persuasione e di mistificazione"<sup>37</sup>.

La nascita del manicomio, sancita dalle trasformazioni interne all'asilo, non è un punto d'arrivo; "non si tratta di concludere"<sup>38</sup>, afferma Foucault. Si tratta, forse, della chiusura di alcune fasi; quella dell'internamento alla maniera classica, quella della sensibilità della follia dall'esterno, quella della percezione di una sua profondità. E forse, per quel che riguarda Foucault, si chiude un libro, un'esperienza che riprenderà dopo tredici anni sotto un'altra luce: molti temi verranno ripresi, Foucault ribadirà alcuni concetti e si staccherà da altri; la follia continuerà ad essere indagata dal filosofo ma questa volta attraverso le pratiche psichiatriche che la realizzano.

"Non si può concludere" però si può fare un'ultima osservazione: da questo momento nasce, nella cultura Occidentale, la possibilità di un nuovo atteggiamento soggettivo che espone la ragione a un rischio che non poteva essere calcolato e cioè il riemergere di quella coscienza tragica della follia che ora avvicina il delirio alla fantasia individuale. "Astuzia e nuovo trionfo della follia: questo mondo che crede di misurarla e di giustificarla con la psicologia deve giustificarsi davanti a essa, poiché, nel suo sforzo e nei suoi conflitti, si misura alla smisuratezza di opere come quella di Nietzsche, di Van Gogh, di Artaud. E niente in esso, e

---

<sup>36</sup> M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit. p. 433.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 436.

<sup>38</sup> *Ibidem*, p. 439.

meno che mai ciò che può conoscere della follia, lo rende sicuro che queste opere di follia lo giustificano”<sup>39</sup>.

## CAPITOLO II: “NON CI SONO POTERI BUONI”

*Un ritorno che non è ritorno.*

A più di dieci anni dalla pubblicazione di *Storia della follia* Foucault torna a occuparsi di psichiatria. A determinare questo ritorno contribuisce il fermento politico e sociale che investe l'Occidente durante l'arco temporale che va dalla fine degli anni Sessanta alla metà degli anni Settanta. Infatti, dopo il '68, e cioè a partire dalle lotte di base condotte all'interno dei manicomi, degli ospedali, delle prigioni e a livello dei comportamenti sessuali, si è

---

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 455.

determinata un'apertura politica inedita grazie alla quale questioni come quella del potere, della sua meccanica e dei suoi rapporti con il sapere, sono riemerse e sono state indagate con maggiore acutezza. “Senza l'apertura politica realizzata in quegli anni”, confessa Foucault, “non avrei avuto il coraggio di riprendere il filo di questi problemi e di continuare la mia indagine sul versante della penalità, delle prigioni, delle discipline”<sup>1</sup>.

Inoltre, l'incontro di Foucault con i movimenti dell'*antipsichiatria* collegati ai nomi di Basaglia, Laing, Cooper, Szasz, ha determinato, attraverso uno scambio reciproco, il delinearsi di un “fronte critico” rispetto a tutta una serie di crisi che stavano investendo gli spazi di esclusione sociale.

Il riferimento al potere, o meglio alle relazioni di potere, è la costante degli scritti foucaultiani degli anni Settanta: le sue analisi, incentrate sulla ricerca storica, pongono il problema di indagare il potere non come un'essenza o come un oggetto al quale riferire caratteristiche sostanziali, ma come una serie di relazioni che passano in ogni rapporto. Occorre considerare il potere come una rete produttiva e complessa di scambio continuo attraverso cui si alimentano, nelle nostre società, i meccanismi di assoggettamento dei corpi e le relazioni entro cui il soggetto viene ad essere modificato da ciò che conosce e di cui fa esperienza.

Il potere, non reprime, al contrario, incita e produce e, soprattutto, va indagato come tecnologia; esso crea continuamente sapere e viceversa il sapere reca con sé gli effetti di potere. Tale ipotesi implica la messa in discussione radicale della lettura giuridica del potere che si basa sulla distinzione del lecito dall'illecito. In realtà, le relazioni di potere emergono in tutto il campo extra-giuridico, esse devono essere studiate in termini di tattiche e strategie.

Il potere, per Foucault, si presenta come un problema aperto, come ciò che deve essere spiegato, e ancora come qualcosa che circola all'interno di relazioni a catena i cui anelli sono gli individui, non bersagli del potere ma conduttori, punti di connessione attivi.

“Di modo che è assai difficile liberarsi dal potere, dato che, se il potere non avesse altra funzione che di escludere, di impedire o di punire, come un super-io freudiano, sarebbe sufficiente una presa di coscienza per sopprimere i suoi effetti o anche per sovvertirlo. Penso che il potere non si accontenti di funzionare come un super-io freudiano. Non si limita a reprimere, a limitare l'accesso alla realtà, a impedire la formulazione di un discorso: il potere lavora il corpo, penetra il comportamento, si mescola al desiderio e al piacere, ed è in questo lavoro che bisogna sorprenderlo, e questa analisi, che è difficile, è quella che va fatta”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> M. Foucault, *Intervista a Michel Foucault*, in *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana e P. Pasquino, Einaudi, Torino, 1977, p. 5.

<sup>2</sup> M. Foucault, *Asili. Sessualità. Prigioni.*, in *Archivio Foucault-2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, a cura di A. Dal Lago, tr. it di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1977, p. 175.



Foucault propone quindi un'analisi del potere più sottile di quella che, secondo lui, è stata realizzata fino a quel momento; in questa operazione egli prende le distanze da due maniere, nate dopo la Seconda guerra mondiale, di pensare e di cercare: la concezione marxista, che tende a ricondurre i problemi relativi al funzionamento del potere alla questione dell' "apparato di Stato" e quindi a ridurre il potere al concetto di repressione; e quella della corrente strutturalista, linguistica, semiologia che consiste nel ridurre questo problema al livello del significante.

Per fare un'analisi diversa del potere, che si concentri su singole ricerche e critiche locali, Foucault si serve di strumenti metodologici concreti, e cioè del metodo storico-genealogico, già intrapreso in *Storia della Follia*, che egli riprende da Nietzsche.

Ancora Nietzsche. Le sue riflessioni polemiche nei riguardi della storia non conducono all'immobilità, ma aprono orizzonti di positività: il rovesciamento delle origini permette di indagare positivamente le forze che agiscono nella storia. Foucault riprende da Nietzsche questo rovesciamento. La rottura genealogica operata da Nietzsche diventa, in Foucault, la possibilità di indagare sia la storia effettiva, sia di problematizzare il sapere storico. Nella sua ricerca storico-genealogica Foucault non lascia da parte la società, l'economia, la cultura, ma le struttura diversamente ponendo l'accento sulle pratiche e sulle relazioni.

Studiare le relazioni non consiste, semplicemente, nel sostituire ad un'indagine globale una serie di ricerche particolari: la posta in gioco è un rovesciamento più complesso. Guardare un avvenimento a partire dalla sua emergenza storica e indagarne la provenienza significa porre le questioni a partire dal modo in cui esse si oggettivano nelle pratiche. "Se vogliamo porre i problemi in modo serrato, preciso e in grado di sollevare interrogativi seri, non dovremmo andare a cercarli proprio nelle forme più particolari e concrete?"<sup>3</sup>

Le pratiche costituiscono il teatro degli avvenimenti e, allo stesso tempo, la storia dei corpi, le reti di potere, le formazioni del sapere; la storia effettiva, in cui il potere e il sapere sono problemi aperti, questioni da studiare e non griglie compiute attraverso cui giudicare i fatti.

Il metodo genealogico consente di effettuare un primo rovesciamento: non un oggetto naturale come punto d'attacco della ricerca ma il modo in cui un problema si è oggettivato nelle nostre società, in che modo si sono organizzate le relazioni e come le strategie messe a punto hanno aperto altri problemi. Nella storia effettiva emergono i rapporti frammentari tra un insieme di saperi marginali e il dispiegarsi di rapporti di forza.

Foucault intende riferirsi alla questione del potere come una questione continuamente presente nelle relazioni; il potere è sempre rapporto, scontro tra forze e lotta in cui gli

---

<sup>3</sup> *Colloqui con Foucault*, a cura di D. Trombadori, Castelvecchi, Roma 1999, p. 107.

equilibri cambiano continuamente. Fare un'analisi genealogica significa considerare le implicazioni continue delle strategie di potere e dell'organizzazione del sapere, così come esse appaiono nelle pratiche.

Questo modo di intendere la storia consente a Foucault di riattivare una serie di pratiche che sembrano essere sfuggite o minimizzate dal lavoro degli storici ma che hanno avuto molta importanza nell'organizzazione delle nostre società.

La pratica dell'esame, la confessione, certe forme di scrittura come la biografia o l'autobiografia, documenti d'archivio, rapporti di polizia, trattati di medicina, delibere amministrative costituiscono strumenti d'indagine storica attraverso cui gli avvenimenti appaiono nella loro singolarità, mostrandosi "impregnati di storia".

Il metodo genealogico è stato utilizzato da Foucault fin dai tempi di *Storia della follia* che lui stesso definisce nella prefazione del 1961 "la prima tappa, e la più facile senza dubbio" di una lunga inchiesta, "che sotto il sole della grande ricerca nietzschiana, vorrebbe confrontare le dialettiche della storia con le immobili strutture del tragico"<sup>4</sup>.

Ma a posteriori, in un'intervista del 1976 Foucault ha definito *Storia della follia* e *Nascita della clinica*, suoi primi lavori, come delle "genealogie ingenue" dove, sebbene il problema del potere fosse già presente, lo era in maniera oscura: "questo problema centrale del potere che avevo ancora assai male isolato. (...) ...di che mai ho potuto parlare, per esempio, ne la *Storia della follia* o ne la *Nascita della clinica*, se non del potere? Pure, ho piena consapevolezza di non aver praticamente adoperato questo termine e di non aver avuto a mia disposizione questo campo d'analisi. Posso dire che c'è stata certamente un'incapacità ch'era legata alla situazione politica nella quale ci trovavamo."<sup>5</sup>

Foucault in *Storia della follia* aveva studiato tale rapporto, analizzando la partizione del potere di esclusione tra ragione e sragione, ma in quel testo, l'accento era posto principalmente sulla considerazione dell'esperienza della follia come un'esperienza fondamentale, segnata da una certa «profondità». Nonostante il peso delle trasformazioni storiche in cui essa è stata oggettivata, quest'esperienza sembrava conservare, in ciò che rimaneva inespresso, una parte costante di sé.

I problemi aperti dai rapporti tra sapere e potere e la storia come terreno di scontro e teatro delle relazioni, si iscrivono nel lavoro di Foucault anche attraverso le ricerche svolte durante i corsi al Collège de France, una delle forme di attività costitutive del suo lavoro filosofico. Egli tiene cinque corsi che presentano elementi importanti per comprendere il funzionamento

---

<sup>4</sup> M. Foucault, *Prefazione a Storia della follia* (1961); trad. it. di G. Costa in *Archivio Foucault-1. 1961-1970. Follia, scrittura, discorso*, a cura di J. Revel, Feltrinelli, Milano 1996, p. 13.

<sup>5</sup> *Intervista a Michel Foucault*, in *Microfisica del potere*, cit. p. 7 e p. 10.

del potere come insieme di tecniche e strategie. Di questi soltanto due sono le versioni integrali: *Il potere psichiatrico*, svolto nel 1974 e *Gli Anormali*, tenuto nel 1975, per quanto riguarda i primi tre anni di corsi e, in ogni caso, anche per quelli pubblicati integralmente, si può fare riferimento ai *Résumé des cours*, la raccolta delle relazioni redatte al termine di ogni corso che Foucault, in qualità di insegnante, era tenuto a stilare per l'Annuaire du Collège.

L'importanza dei résumés, per certi aspetti, è stata condizionata dalla complessa vicenda della trascrizione dei singoli corsi che, essendo postuma e trattando di lezioni orali, inizialmente, ha suscitato forti perplessità, ma come le interviste hanno uno stretto rapporto con i libri e i corsi e, allo stesso tempo, un proprio livello di autonomia, così l'analisi del contenuto dei résumés oltre a costituire lo sfondo sul quale leggere i singoli corsi designa gli strumenti e le molteplici questioni di metodo e di chiarimento teorico che intervengono nell'evolversi della ricerca. La raccolta dei résumés, dunque, non è semplicemente l'insieme dei riepiloghi di ciascun corso, ma una serie di scritti dello stesso Foucault, la cui analisi consente di seguire gli spostamenti e di individuare i momenti di ripensamento interni al suo lavoro.

In particolare considerando i résumés relativi ai corsi svolti dal 1970-1971 al 1975-1976 si può notare in che modo la visione del potere come fatto relazionale si va costituendo e in che senso il potere deve intendersi come microfisica.

Sulla base di questa serie di ricerche eterogenee si può seguire il movimento stesso del metodo genealogico; esso si costituisce partendo dalla dispersione di queste ricerche fino a raggiungere il suo momento di criticità imponendo una riflessione sui rapporti strategico-politici su cui esso stesso si fonda.

#### *Da "Storia della follia" a "Il potere psichiatrico"*

Il punto d'arrivo di *Storia della follia* era stato la nascita del manicomio, l'analisi delle circostanze che avevano portato all'avvio della medicalizzazione della follia; Foucault aveva avvertito che non si trattava di una conclusione. Si trattava, invece, di un punto da cui ripartire, da cui "riprendere il filo".

Il corso *Il potere psichiatrico*, che Foucault tiene dal novembre del 1973 al febbraio 1974 al Collège de France, riparte da quel punto ma si apre con un tentativo di autocritica nei confronti di *Storia della follia*, in particolare dell'ultima parte. Foucault sposta il centro dell'indagine dall'analisi delle rappresentazioni che privilegiava l'attenzione verso la percezione della follia al dispositivo sapere-potere della psichiatria manicomiale; nell'operare

questo cambiamento egli si preoccupa di abbandonare alcune nozioni che erano appartenute al lavoro del 1961.

Fermo restando per Foucault l'importanza di *Storia della follia* che egli stesso definisce “una sorta di *background*” per la ricerca attuale, l'autore de *Il potere psichiatrico* schematizza una serie di punti criticabili del suo vecchio lavoro.

In primo luogo la nozione di *violenza*: in *Storia della follia* Foucault afferma che la riforma di Pinel – il “liberatore” degli incatenati dell'ospedale di Bicêtre - non poteva inserirsi in un'esperienza di umanismo perché ancora attraversata da violenza; ora egli riconferma l'impossibilità di inserire Pinel in un discorso filantropico ma specifica che la causa non è il ricorso alla violenza. “Quando si parla di violenza – ed è in quest'accezione che il termine continua a infastidirmi – s'intende sempre una nozione che implica il riferimento a un potere fisico, a un potere irregolare, passionale, oserei dire un potere scatenato”<sup>6</sup>; questa concezione per Foucault è errata e pericolosa poiché lascia supporre che il buon potere o il potere non attraversato da violenza, non sia un potere fisico e che l'esercizio fisico di una forza squilibrata non faccia parte di un gioco razionale e calcolato, non sia una strategia di potere.

Ciò che invece è essenziale nel potere è che il suo punto di applicazione è sempre il corpo; ogni potere, secondo Foucault, è fisico e così come viene esercitato in manicomio, è un potere meticoloso e calcolato. È proprio all'interno di queste strategie che compare la violenza, essa trova il suo posto e il suo ruolo come “l'esercizio fisico di una forza interamente squilibrata”<sup>7</sup>.

La seconda nozione criticata da Foucault è quella di *istituzione*: nel lavoro del 1961 egli aveva affermato che il sapere psichiatrico era venuto a costituirsi così come oggi lo conosciamo in relazione all'istituzionalizzazione della psichiatria, e cioè in relazione alla nascita di certe istituzioni come il manicomio. Ma il concetto di istituzione, per Foucault, richiama quelli di *individuo e collettività* e le regole che governano entrambi presupponendoli come concetti già dati; l'essenziale, perciò, non è tanto l'istituzione con la sua regolarità ma le disposizioni di potere, le reti, gli scambi, i punti d'appoggio che caratterizzano una forma di potere e costituiscono l'individuo e la collettività. “Il potere è una procedura di individualizzazione. (...) Prima di riferirci alle istituzioni, dobbiamo preoccuparci dei rapporti di forza sottesi alle disposizioni tattiche che attraversano le istituzioni”<sup>8</sup>

Infine, l'ultima nozione da cui Foucault prende le distanze è quella di *famiglia*; sempre nel suo lavoro precedente e soprattutto nelle letture che Foucault aveva fatto di Pinel, Tuke,

---

<sup>6</sup> *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974*, edizione stabilita da F. Ewald, A. Fontana, J. Larange, Paris, 2003; trad. it. integrale a cura di M. Bertani, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 26

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 26.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 27.

Esquirol, Fodéré, aveva rintracciato l'introduzione del modello familiare nell'istituzione manicomiale attraverso la figura del medico-padre. Foucault ritiene che il ricorso al modello familiare sia avvenuto molto più tardi e cioè nel XX secolo; all'interno dei rapporti di potere che possiamo riconoscere nella pratica psichiatrica non è la famiglia a poter fungere da modello.

Operando un distacco da alcune delle sue vecchie analisi e letture, Foucault introduce il suo corso e afferma: “anziché parlare di violenza, preferirei parlare di microfisica del potere; piuttosto che parlare di istituzioni, vorrei cercare di vedere quali sono le tattiche messe in opera nelle forze che si affrontano; invece di riferirmi al modello familiare, proverò a individuare la strategia di questi rapporti di potere e degli scontri che si svolgono all'interno della pratica psichiatrica”<sup>9</sup>.

Non si tratta di una semplice sostituzione, di soppressione di alcuni termini in favore di altri, ma di un modo di andare più a fondo nell'analisi di certe problematiche.

Foucault individua, all'interno della nostra società, l'esistenza di un potere disciplinare e cioè, di una forma terminale e capillare del potere “attraverso la quale il potere politico – i poteri in generale – arrivano, come ultima soglia della loro azione, a toccare i corpi, a far presa su di essi, a registrare i gesti, i comportamenti, le abitudini, le parole; (...) il potere disciplinare è una modalità, del tutto specifica della nostra società, di quel che si potrebbe chiamare il contatto sinaptico corpi-potere”<sup>10</sup>. È proprio dal funzionamento di questo potere disciplinare che si deve comprendere, secondo Foucault, il meccanismo della psichiatria.

Ma cos'è la disciplina? La disciplina è una tecnica di esercizio del potere che è sempre esistita nel corso di tutta la storia, nel Medioevo e anche nell'Antichità (i monasteri, la schiavitù nelle colonie), ma i suoi meccanismi appaiono isolati e frammentati fino al XVII e XVIII secolo, quando il potere disciplinare si perfeziona e diventa una nuova tecnica di gestione dell'uomo. A partire da questo perfezionamento, dal XVII secolo in Europa, si vedono sorgere nuove tecniche di potere. Prima di tutto c'è una suddivisione spaziale degli individui: la disciplina è un'analisi dello spazio e un'individualizzazione per mezzo dello spazio, essa sistema i corpi classificandoli e combinandoli.

La disciplina controlla tutto lo sviluppo di un'azione piuttosto che il suo risultato; inoltre, è una tecnica di potere che implica una sorveglianza costante e perpetua degli individui e presuppone un registro permanente, cioè delle continue annotazioni sull'individuo.

La disciplina si costituisce come una società del controllo e della sorveglianza, un modello di «ortopedia sociale» che ha nell'edificio del Panopticon, ideato da Jeremy Bentham, la

---

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>10</sup> *Ibidem*, p. 48.

massima espressione. Il progetto prevede “alla periferia un edificio a forma di anello; al centro una torre; nella torre sono aperte larghe finestre che danno sulla facciata interna dell’anello. L’edificio periferico è diviso in celle, ciascuna delle quali ne attraversa l’intero spessore. Queste celle hanno due finestre: una aperta verso l’interno, che corrisponde alle finestre della torre; l’altra, che dà verso l’esterno, permette alla luce di attraversare l’interno da parte a parte. E’ sufficiente allora mettere un sorvegliante nella torre centrale, e in ogni cella rinchiudere un folle, un malato, un condannato, un operaio, o uno scolaro. Per un effetto di controllo si possono vedere dalla torre le piccole sagome prigioniere nelle celle della periferia, che si stagliano nella luce. Insomma si inverte il principio della segreta; la piena luce e lo sguardo di un sorvegliante captano meglio dell’ombra, che in ultima analisi proteggeva.”<sup>11</sup>.

La disposizione dei corpi permette un rapporto d’informazione, ma non di comunicazione, in cui ciascuno è considerato in base al ruolo che ricopre e a ciò che potrebbe fare. Il funzionamento della macchina panottica non necessita di competenze particolari, chiunque in certe condizioni può assolvere a questo compito, dalla torre centrale, infatti, si vede tutto; al contrario, dalle celle si è sempre visti senza mai vedere. Sorveglianza discreta e controllo continuo: in ogni momento ogni singolo corpo, localizzato in uno spazio preciso, è soggetto al controllo. La macchina panottica produce al suo interno una serie di meccanismi in cui si costituiscono i rapporti nei quali gli individui vengono presi; al suo interno «l’occhio del potere» non ha un volto preciso, qui la meccanica del potere si rende autonoma e iscrive i rapporti sociali in un orizzonte disciplinare, rendendo omogenei gli effetti di potere.

“Panopticon significa due cose: da un lato, che tutto è visto, e ciò di continuo, ma, dall’altro, vuole anche dire che tutto il potere che viene esercitato non è altro che un effetto ottico. Il potere è privo di materialità; non ha più bisogno di quella complessa armatura, al contempo simbolica e reale, che era propria del potere sovrano; (...) Questo tipo di potere appartiene piuttosto all’ordine del sole, della luce perpetua: è l’illuminazione non materiale che si dirige indifferentemente su tutti coloro sui quali si esercita”<sup>12</sup>.

L’obiettivo di Bentham è di creare un modello di controllo dagli effetti positivi, di rendere questi luoghi laboratori produttivi utili per gli apparati del potere e per le nuove scienze dell’uomo. Non solo l’economia, ma tutti i circuiti del sapere e soprattutto la psichiatria, la psicologia e la sociologia ne beneficeranno. Il Panopticon, infatti, rende possibile l’accrescersi

---

<sup>11</sup> M. Perrot, *L’occhio del potere. Conversazione con Michel Foucault*, in *Il panopticon, ovvero la casa d’ispezione*, cit. p.8.

<sup>12</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p. 82-83

del sapere che si innesta sulle superfici in cui si esercita il potere, fissando altri oggetti e altri campi da conoscere e indagare.

Il Panopticon ha il merito di essere un'invenzione geniale per l'organizzazione e la gestione dei singoli e del corpo sociale nelle comunità moderne capitalistiche: "credo che Bentham – afferma Foucault – sia più importante per la nostra società di Kant o Hegel. In ognuna delle nostre società gli andrebbe reso un omaggio. E' lui ad aver programmato definito e descritto nella maniera più precisa le forme di potere in cui noi viviamo, e ad aver presentato un meraviglioso e celebre modellino di questa società dell'ortopedia generalizzata, il famoso panopticon. Una forma di architettura che permette un tipo di potere dello spirito sullo spirito; una specie di istituzione che deve valere tanto per le scuole, che per gli ospedali, le prigioni, le case di correzione, gli ospizi, le fabbriche"<sup>13</sup>.

La funzione del panopticon si presenta come un dispositivo che mostra la sua incisività nella trasformazione degli individui; un congegno architettonico che permette di comprendere come l'effettiva organizzazione sociale si realizzi dal basso, a partire da una fitta rete di relazioni e da molteplici punti della società. Bentham progettando questa particolare «macchina» capace di adattarsi a qualunque spazio sociale apporta un contributo prezioso all'analisi del potere condotta dal punto di vista del suo funzionamento e della sua efficacia. L'importanza che Foucault accorda a questo modello architettonico concretizza gli effetti del metodo genealogico, un modo di intendere la ricerca storica che punta a far emergere i fatti che realmente hanno inciso sulla vita della gente. Si tratta, dunque, del funzionamento del potere osservato a partire dalle strategie e dalle tattiche messe in atto.

Bentham mostra l'applicabilità e l'utilità della sua intuizione nei penitenziari, negli ospedali, nelle fabbriche, nelle scuole, per sorvegliare, ma anche per fare esperimenti. Il suo progetto può essere impiegato in qualsiasi luogo deputato ad accogliere, in uno spazio limitato, persone da sorvegliare. La struttura del panopticon unisce lavoro e disciplina, permette di accumulare capitale e forza-lavoro, esso rende i corpi «docili» e il corpo sociale produttivo.

In questo modo nelle fabbriche, nelle prigioni, negli ospedali e nelle scuole si diffonde un dispositivo di controllo continuo, fluido, all'interno del quale la divisione di spazi e tempi è funzionale alla produttività; si afferma il principio di un controllo diffuso e microfisico che attraverso l'autonomia della meccanica del potere produce più sorveglianza a costi ridotti. Lo schema del panopticon permette la generalizzazione del controllo sociale, esso si applica dapprima ad ogni individuo entro uno spazio preciso: la fabbrica, la scuola, l'ospedale

---

<sup>13</sup> M. Foucault *A verdade e as formas jurídicas*. Ciclo di cinque conferenze tenute all'Università di Rio de Janeiro, 1973; *La verità e le forme giuridiche 1973*, in *Archivio Foucault 2*, a cura di A. Dal Lago, trad. di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano, 1997, p.136; in *DE II* n.139, pp.538-646.

psichiatrico le case di correzione, le caserme, in questi luoghi si esercita la stessa pratica di controllo-produzione, si fa esperienza della sorveglianza integrale e successivamente tale esperienza viene generalizzata. Tale modello si estende in ogni tipo di relazione, costituendosi come uno strumento che permette al potere di funzionare non come qualcosa di esterno e aggiuntivo, ma come presenza costante, silenziosa, discreta, in modo da consentire al potere stesso di moltiplicare le prese e i punti di applicazione.

Il panoptismo realizza una fitta rete di dispositivi disseminati nel corpo sociale il cui funzionamento costituirebbe il funzionamento di base di una società attraversata e penetrata dai meccanismi disciplinari.

“La disciplina è quindi un insieme di tecniche: attraverso di essa, i sistemi di potere si propongono la singolarizzazione degli individui. È il potere dell’individualizzazione, il cui strumento fondamentale risiede nell’esame. L’esame significa una sorveglianza permanente, classificatrice, che permette di suddividere gli individui, di giudicarli, di valutarli, di localizzarli e, così facendo, di utilizzarli al massimo. Attraverso l’esame, l’individualità diviene un elemento per l’esercizio del potere”<sup>14</sup>.

Il potere disciplinare può essere contrapposto a un potere che storicamente lo ha preceduto e con il quale è stato a lungo intrecciato prima di trionfare: il potere sovrano. Nel sistema classico il potere era confuso, globale e discontinuo, agiva su dei gruppi – famiglie, città, parrocchie – quindi, su unità globali e non continuamente sull’individuo. A partire dall’età classica, invece, nasce e si sviluppa questa tecnologia del potere, la disciplina, che delimita e definisce un elemento storicamente nuovo: l’individuo.

### *Il manicomio tra famiglia e verità*

L’analisi di Foucault nel Corso al Collège de France del 1974 si addentra nella questione del funzionamento del manicomio; si tratta di un funzionamento che presenta dei tratti molto particolari: da un lato il manicomio intrattiene dei rapporti privilegiati ma anche problematici con la famiglia, dall’altro esso diviene il luogo di formazione di un certo tipo di discorso di verità. Questi due tratti hanno poi la caratteristica di sostenersi reciprocamente dando luogo, alla fine, a un discorso psichiatrico che si presenta come discorso di verità che ha per oggetto la famiglia. “Il problema è quello di sapere in che modo il discorso psichiatrico, quello che

---

<sup>14</sup> M. Foucault, *L’incorporazione dell’ospedale nella tecnologia moderna*, in *Archivio Foucault-3. 1978-1985*. Estetica dell’esistenza, etica, politica, a cura di A. Pandolfi, trad. di S. Loriga, Feltrinelli, Milano 1998, p. 93.



nasce dunque dall'esercizio del potere psichiatrico, potrà diventare il discorso della famiglia, inteso sia come discorso vero della famiglia che come discorso vero sulla famiglia"<sup>15</sup>.

Il rapporto tra il manicomio e la famiglia è analizzato da Foucault prima di tutto in termini di rottura; si tratta di risalire al periodo iniziale della psichiatria: la legge francese del 1838 e l'azione psichiatrica di Pinel, Esquirol, ecc. Questa legge prevedeva che l'internamento potesse essere deciso esclusivamente dall'autorità prefettizia, senza nessun intervento da parte della famiglia. In questo modo il ruolo giocato dalla famiglia fino a quel momento, cioè quello di stabilire la follia di uno dei suoi membri e chiederne l'interdizione, viene soppiantato dalla pratica dell'internamento, un atto che rende possibile a una autorità extra-famigliare la presa di possesso del corpo e la privazione dei diritti civili e famigliari.

Allora la figura del folle assume le sembianze di un avversario sociale, di un pericolo per la società invece che per la famiglia. Il concetto del malato pericoloso (a se stesso e agli altri) è stato, e probabilmente ancora lo è, una costante nella percezione della malattia mentale nel mondo occidentale.

La rottura tra manicomio e famiglia oltre a manifestarsi su un piano giuridico, è rintracciata da Foucault anche su quello della tattica medica che si rifà ad un principio preciso: l'ambiente familiare è incompatibile con la gestione dell'azione terapeutica, non è mai possibile guarire un malato all'interno della sua famiglia.

Attraverso i testi degli psichiatri Fodéré e Esquirol, Foucault formula le quattro ragioni di cui si serve la psichiatria dell'epoca per giustificare l'esclusione dello spazio familiare dalla terapia.

Prima di tutto egli individua il *principio di distrazione*: un folle per guarire non dovrà mai pensare alla sua follia; bisogna nascondergli la sua follia e renderlo incosciente. La seconda ragione sta nella credenza che la famiglia costituisca per un folle il suo fattore d'alienazione e per questo è necessario che il malato ne venga separato.

L'altra ragione è introdotta dal concetto di "sospetto sintomatico" di Esquirol che afferma che il malato di mente ha una percezione alterata della realtà e, non conoscendo i meccanismi della follia e non sapendo di essere folle, non comprende la causa di quest'alterazione. Sarà così spinto a cercare una motivazione fuori da se stesso e a scaricare la colpa su ciò che lo circonda, quindi sulla famiglia, e comincerà a sentirsi perseguitato (ecco il sospetto sintomatico). Per evitare tutto questo e per convincere il malato che la stranezza delle sue sensazioni proviene solo dal suo male, quindi se si vuole che egli prenda coscienza della sua condizione di malato, è necessario tagliare i ponti con la sua famiglia.

---

<sup>15</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p. 94.

Infine, la quarta ragione di questa rottura sta nel fatto che in ogni famiglia sussistono dei rapporti di potere che sono incompatibili con la guarigione della follia perché sono proprio tali rapporti che alimentano la follia, ad esempio la tirannia di un padre sui suoi figli.

Una volta assodato che la famiglia non possiede alcun potere di guarigione, una volta compiuto quel rito di purificazione, di rottura che è l'ingresso in manicomio, la psichiatria dell'Ottocento propone la struttura manicomiale come strumento di guarigione. Il suo valore terapeutico sta nella sua struttura architettonica, nell'organizzazione dello spazio e nella gestione degli individui in questo spazio; esso non si propone come una sorta di famiglia ideale ma come una macchina per guarire.

Infatti, “se l'ospedale guarisce, è perché si tratta di una macchina panottica”<sup>16</sup>: seguendo il principio di Bentham l'ospedale è pensato come una macchina per esercitare il potere, per indurlo, distribuirlo e applicarlo.

Per il principio della visibilità permanente i folli vengono sorvegliati e guardati di continuo, distribuiti in una struttura a padiglioni disposti su tre lati e in ognuno di essi ci sono celle aperte sui due lati, così da consentire sempre il controllo dello sguardo del malato. Questa struttura se non è proprio come quella circolare del Panopticon, gli è molto fedele; i folli vengono isolati e sorvegliati dall'edificio della direzione che viene posto al centro di tutti i padiglioni e da tutta una serie di sguardi, ordinati gerarchicamente, di guardiani, infermieri, sorveglianti e medici.

Infine, il manicomio terapeutico agisce secondo il meccanismo della punizione ininterrotta: sguardo, intervento del personale e strumenti di contenzione quali seggiole fisse e mobili, manette, camice di forza, bare di giunco, collari da cane con punte acuminate, tutta una serie di pratiche che costituiscono una vera e propria tecnologia del corpo.

Questa serie di apparati corporali, con la loro azione continua, mira a vietare certi tipi di azioni, ad estorcere la verità, a manifestare sul corpo del malato la forza del potere (ad esempio incidere una lettera di fuoco sulla schiena o sulla fronte), a correggere e addestrare il corpo.

Il sistema psichiatrico così come si presenta nel XIX secolo non ha nulla a che vedere con la famiglia, essa è stata neutralizzata sin dagli inizi; il modello manicomiale fa pensare piuttosto a quello della fabbrica o a quello della caserma.

Ma verso la metà dell'Ottocento si fa strada l'idea secondo la quale il folle è come un bambino e che di conseguenza va affidato a un ambiente che, pur senza essere quello della famiglia, le sia simile; secondo la tesi dello psichiatra Fournet la famiglia possiede un valore

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 102.

terapeutico e costituisce il modello effettivo su cui basare i trattamenti psichiatrici. In seguito la famiglia acquisirà una funzione disciplinare tale da riuscire a individuare al suo interno il folle, l'*anormale* e affidarlo ai medici; “la famiglia diventa, insomma, una casa di cura in miniatura, incaricata di controllare la normalità o l’anomalia”<sup>17</sup>. L’occhio familiare diverrà uno sguardo psichiatrico o psicologico: esso sorveglierà il bambino, il suo comportamento, il suo carattere, la sua sessualità e gli assegnerà lo statuto di normale o anormale.

Il manicomio è considerato terapeutico, ma in che modo, attraverso quali pratiche mediche si ritiene che questo spazio disciplinare possa guarire? Innanzitutto il presupposto su cui si basano i procedimenti terapeutici è che la follia consista in una falsa credenza, in un errore e che basterà ridurre quest’errore perché la malattia scompaia. Ma l’errore che caratterizza la follia non è un errore qualsiasi: questa diversità è rappresentata dagli psichiatri dell’epoca non tanto dalla stravaganza dell’errore della follia ma dal modo in cui si può sconfiggerlo.

Il folle è un individuo per il quale la dimostrazione non produce la verità nel senso che il suo errore non può essere ridotto a una dimostrazione. Bisogna quindi cercare un altro mezzo per ridurre l’errore senza passare per la dimostrazione: si lascerà che il giudizio falso si affermi come vero e si farà in modo di trasformare la realtà conformandola al giudizio del folle.

In questo modo un giudizio che era erroneo si trova ad essere corrisposto e verificato nella realtà e, dunque, ciò che esiste nella mente del folle arriva a coincidere con ciò che esiste nella realtà. L’errore viene meno e con esso anche la follia.

In questa operazione di guarigione il medico fa da intermediario; egli manipola la realtà e si impegna a farla penetrare nell’errore così da trasformarlo in verità. Lo psichiatra, pertanto, non si pone il problema della verità di quel che dice il folle ma piuttosto conferisce al reale una forza grazie alla quale il reale può impadronirsi della follia; egli diviene, quindi, “il signore della realtà”<sup>18</sup>.

Nel confronto medico-malato, il potere psichiatrico pone la questione della verità esclusivamente al proprio interno e la fa emergere, una volta per tutte, solo quando esso si costituisce come scienza medica e clinica. Il potere psichiatrico è un supplemento di potere attraverso cui la realtà viene imposta alla follia in nome di una verità che appartiene a quel potere sotto il nome di psichiatria.

E nel corso della sua storia la pratica psichiatrica ha dato vita ad alcuni discorsi di verità: il primo è un discorso clinico, o classificatorio, nosologico che tenta di descrivere la follia come una serie di malattie mentali con una loro evoluzione e sintomatologia; l’altro discorso è quello di uno sviluppo di tutto un sapere medico che pone la questione del rapporto tra la

---

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 117.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 127.

follia e le lesioni neurologiche<sup>19</sup>, un discorso che si può definire anatomico-patologico che funge da garanzia materialistica alla pratica psichiatrica. Questi discorsi servivano a garantire la verità ad una psichiatria che pretendeva che la verità fosse data una volta per tutte, senza mai essere messa in questione.

“Insomma, è come se il potere psichiatrico all’incirca dicesse: la questione della verità non verrà mai posta all’interno del rapporto tra me e la follia, per una ragione molto semplice, e cioè per il fatto che io, psichiatria, sono già una scienza. E se io ho il diritto, in quanto scienza, di interrogare me stessa su ciò che dico, se è vero che posso commettere degli errori, spetta in ogni caso tuttavia a me, e a me soltanto, in quanto scienza, decidere se ciò che dico è vero, oppure correggere l’eventuale errore commesso. Sono io a detenere, se non la verità nel suo contenuto, per lo meno tutti i criteri della verità. (...) Io sono il sovra-potere della realtà”<sup>20</sup>

Secondo Foucault, nel potere psichiatrico la questione della verità non è mai stata sollevata; per questo motivo si comprende come il grande problema della psichiatria nel XIX secolo, il nodo cruciale che l’ha messa in crisi non sia quello della malattia ma della *simulazione*.

### *Il potere psichiatrico, un operatore di realtà*

Il potere psichiatrico agisce come un operatore di realtà, una sorta di intensificatore di realtà attorno alla follia.

Attraverso la lettura della terapia dello psichiatra François Leuret, Foucault rintraccia e analizza alcuni elementi strategici di quest’operatore di realtà.

Innanzitutto egli trova, nel primo incontro tra medico e malato, l’esistenza di uno *squilibrio di potere*; si tratta di un rituale manicomiale che prevede, in questo incontro, una dimostrazione di forza, una delimitazione, per il malato, di uno spazio dove non esistono simmetrie e reciprocità. In uno spazio così organizzato lo psichiatra si preoccuperà di sostituire alla volontà del malato una “volontà estranea”, e cioè tutta la realtà con cui il malato avrà a che fare in manicomio, la volontà onnipotente del medico. Stabilendo questa differenza di potere si cerca di scardinare l’onnipotenza che è sottesa alla follia e che consiste nella manifestazione e nell’esercizio del delirio.

Un’altra strategia che Foucault individua è la *riutilizzazione del linguaggio* e cioè l’addestramento ai nomi: si tratta di costringere il malato a restituire a ciascuno il nome grazie

---

<sup>19</sup> Si tratta di un discorso che si sviluppa a partire dalla pratica di sezionamento dei cadaveri e dall’aumento di questa possibilità.

<sup>20</sup>M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p. 130.

al quale si stabiliscono le varie individualità all'interno della piramide disciplinare del manicomio, un addestramento alla gerarchia, si può dire. Nell'Ottocento il manicomio era considerato terapeutico perché obbligava le persone a sottostare a un regolamento, a un impiego determinato del tempo, ad obbedire a degli ordini e ad eseguire un lavoro. Questo sistema dell'ordine, che è la realtà sotto la forma della disciplina, era considerato un grande operatore di guarigione.

Un'altra manovra che Foucault rintraccia nel dispositivo della terapeutica manicomiale consiste in una complessa *organizzazione e regolazione dei bisogni*. Si tratta di una strategia che si attua nel malato allo scopo di provocare in lui uno stato di carenza che poi dovrà essere accuratamente conservato: bisogna mantenere l'esistenza del malato appena al di sotto della soglia media. Per questa ragione vengono attivate diverse tattiche. La prima è quella relativa all'abbigliamento che deve essere semplice e uguale per tutti "così da tenere sotto controllo le puerili vanità della follia"<sup>21</sup> (si capisce perché per molto tempo i folli abbiano vagato nudi per gli ospedali psichiatrici...).

L'alimentazione, poi, deve essere sobria e uniforme mai somministrata in grandi quantità, anzi preferibilmente in razioni che siano sotto la media; inoltre, attraverso la privazione di certi piatti o l'imposizione del digiuno, il cibo ha acquistato un carattere punitivo. Un'altra imposizione è quella del lavoro che, sotto le vesti dell'ergoterapia, diviene obbligatorio a partire dal 1830; oltre al fatto che viene imposto perché fattore d'ordine e disciplina, il lavoro manicomiale offre una remunerazione, che seppur esigua, servirà al malato per soddisfare un certo numero di bisogni generati dalla carenza del manicomio: il cibo, il tabacco, ecc... Tra le carenze del manicomio, la più grande è la carenza di libertà che, attraverso l'isolamento, provoca nel malato un nuovo bisogno, quello della libertà appunto. In questo modo, il potere psichiatrico diviene creatore di bisogni e gestore delle carenze che esso stesso fa esistere; Foucault parla di un' "istituzionalizzazione delle carenze" mediante le quali si potrà imporre al malato la realtà, l'idea che esista un mondo esterno, che l'onnipotenza della follia aveva da sempre cercato di negare, fuori dalle mura del manicomio. Quest'idea si imporrà come una realtà inaccessibile ma destinata a rimanere tale soltanto per la durata della malattia; il mondo esterno diviene dunque reale e desiderabile in quanto mondo senza carenze.

Attraverso la politica della carenza il malato, oltre a percepire la realtà del mondo esterno, arriverà a cogliere quella della sua propria follia e a rendersi conto che le cure che gli vengono prestate, la guarigione che si cerca di garantirgli, non gli sono dovute, al contrario, egli dovrà cercare di guadagnarsele attraverso una serie di sforzi. Il malato, insomma, "pagherà col suo

---

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 148.

lavoro il bene che la società opera nei suoi confronti. (...) La follia è qualcosa che si paga e la guarigione qualcosa che si compra. Il manicomio è appunto ciò che fa pagare la follia con un certo numero di bisogni artificialmente creati, ma è anche ciò che farà pagare la guarigione con una certa disciplina e con un certo rendimento”<sup>22</sup>.

Infine, un'altra strategia che Foucault indica nella terapeutica manicomiale è quella dell'*enunciato di verità* e cioè quella pratica che mira ad ottenere dal malato che dica la verità. La prima osservazione di Foucault è che non è tanto necessario che qualcosa venga percepito ma che venga detto, anche se ciò avviene sotto costrizione; il solo fatto di dire qualcosa che coincida con la verità ha in sé una funzione e un'efficacia maggiore rispetto a quella di una percezione esatta che resta tuttavia inespressa. “Nel processo di guarigione, l'enunciato della verità ha un carattere performativo”<sup>23</sup>.

La seconda osservazione è che si vuole che il malato arrivi a riconoscersi in una sorta di identità costruita attraverso il racconto della sua storia che si crea da un corpus biografico, stabilito dall'esterno e formato da un sistema che comprende la famiglia, l'impiego, lo stato civile, l'osservazione medica. Perché venga considerato guarito, il malato dovrà ammettere tutto questo corpus dell'identità.

Questa verità, però, non è quella della follia che parla a proprio nome; “è piuttosto l'enunciato di verità di una follia che accetta di riconoscersi in prima persona in una certa realtà amministrativa e medica, costituita dal potere manicomiale”<sup>24</sup>.

### *Microfisica del potere manicomiale*

Ciò che rende diverso il manicomio dalle altre istituzioni disciplinari come le caserme, le prigioni, gli orfanotrofi, le scuole ecc. è il fatto che il manicomio è uno spazio contrassegnato in senso medico. Questa medicalizzazione dell'ospedale ha origine nell'articolazione di due processi: lo spostamento dell'intervento medico e l'applicazione della disciplina nello spazio dell'ospedale. Quali sono i contrassegni di questo sapere? Vi è tutta una serie di prescrizioni attraverso cui agiscono questi marchi di sapere nell'organizzazione e nel funzionamento dell'ospedale.

---

<sup>22</sup> *Ibidem*, pp. 150-151.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p. 153.

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 155.

In primo luogo, gli psichiatri raccomandavano, prima di fare un interrogatorio al malato, di informarsi sulla sua biografia interpellando la famiglia e gli amici. Così si fa in modo che si sappia sempre più di lui e si prevengono le sue menzogne.

In secondo luogo, la tecnica dell'interrogatorio non rappresenta un modo per ottenere dal malato un certo numero di informazioni di cui non si dispone, esso serve a conferire alle informazioni date dal malato l'aspetto di uno scambio di significati che, in realtà, serve solo per consentire al medico una presa su di lui. Per questo motivo occorre che l'interrogatorio sia condotto in modo tale che il malato non dica quello che vuole ma risponda alle domande del medico: bisogna interrompere il racconto del malato più volte e attraverso una serie di domande canoniche che hanno la funzione di far comprendere al malato che ognuna delle sue risposte assume un significato particolare per il medico.

Inoltre, è necessario sorvegliare continuamente il malato in modo da costruire attorno a lui un dossier, una raccolta di documenti su tutto quello che il malato ha detto e ha fatto dal suo primo giorno di manicomio.

In quarto luogo, occorre punire il malato applicando la doppia strategia della cura e della direzione: ogni volta che verrà punito, il medico dovrà anche fargli credere che quella punizione sia per lui un rimedio, una cura. Infine, la clinica gioca un ruolo fondamentale per l'immagine del medico; con "clinica" Foucault intende l'organizzazione dell'ospedale come luogo di formazione e di trasmissione del sapere. Essa è lo spazio in cui avviene la presentazione del malato, nel quadro di un interrogatorio, da parte del medico agli studenti. Il medico si troverà ad essere colui che esamina il malato e allo stesso tempo colui che insegna agli studenti, medico e maestro in una sola scena.

Attraverso questi cinque elementi, il medico potrà attribuire a se stesso, all'interno del manicomio, i marchi del sapere; "ma l'impronta medica che caratterizza lo spazio manicomiali, differenziandolo così da tutti gli altri spazi disciplinari, non agisce affatto nel senso della messa in atto, all'interno del manicomio, di un sapere psichiatrico capace di formularsi in una teoria. Questa impronta medica coincide, in realtà, con la predisposizione di una relazione complessa tra il corpo assoggettato del folle e il corpo istituzionalizzato, esteso fino a raggiungere la dimensione di una istituzione, dello psichiatra"<sup>25</sup>. E questo gioco tra il corpo del folle e il corpo dello psichiatra che lo domina e lo sovrasta, costituisce uno dei tratti fondamentali di quella che Foucault chiama la microfisica del potere manicomiali, un sapere che funziona come potere e che si impone come realtà all'interno della quale l'individuo trova il suo posto.

---

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 178.

### *I tre destini della psichiatria*

Intorno agli anni 1840-1860 si assiste ad una diffusione, una migrazione del potere psichiatrico verso altre istituzioni, verso altri regimi disciplinari a cui esso si sovrappone.

Il potere psichiatrico come tecnica di assoggettamento dei corpi, come potere d'intensificazione della realtà, come costituzione degli individui si dissemina dovunque sia necessario far funzionare la realtà come potere; ciò spiega la comparsa della figura dello psicologo nelle scuole, nelle fabbriche, nelle prigioni, nell'esercito, ecc.

Questa disseminazione, che ha portato il potere psichiatrico fuori dalle mura del manicomio, si è realizzata a partire dal processo di psichiatrizzazione dei bambini anormali, degli "idioti"; attraverso la separazione, all'interno dei manicomi, dei folli dagli idioti ha cominciato a delinearsi l'esistenza di altre istituzioni – settori speciali per bambini anormali – in cui il potere psichiatrico è stato messo in atto. A partire dalla psichiatrizzazione dell'anormale, del ritardato, il potere psichiatrico ha preso la forma mista della psichiatria e della pedagogia.

Sempre in questo periodo storico, a metà del XIX secolo, all'interno del manicomio si verificano cambiamenti fondamentali: dal momento in cui si comincia a dissociare dalla follia un certo numero di disturbi, a cui era effettivamente possibile dare un altro statuto, nasce la neurologia, e più precisamente, la neuropatologia. In questo modo si distinguono coloro che erano realmente malati a livello del corpo, da coloro, per i quali, era impossibile stabilire una malattia a livello delle lesioni organiche. La comparsa di questa specializzazione solleva il problema della serietà e dell'autenticità della malattia mentale e favorisce la diffusione del sospetto che una malattia mentale priva di correlati anatomici non possa venire considerata una cosa seria.

Di fronte a questo sospetto che la neurologia fa cadere su tutto l'universo della malattia mentale, Foucault individua il complesso gioco di verità e menzogna che i malati mettono continuamente in atto in risposta al potere psichiatrico. "Al potere psichiatrico che diceva: io non sono altro che un potere, e voi dovete accettare il mio sapere al solo livello dei suoi contrassegni, senza vedere mai gli effetti del suo contenuto, i malati risponderanno con il loro gioco che sarà quello della simulazione"<sup>26</sup>. Un gioco, una lotta tra medici e malati che attraverserà tutta la storia della psichiatria del XIX secolo: i malati tenderanno trappole al sapere medico in nome di una determinata verità e all'interno di un gioco di menzogne e i

---

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 181.



medici cercheranno continuamente di riprendersi i malati con la trappola di un sapere neuropatologico, un sapere “serio”.

Infine, si assiste alla ripresa, fuori dall’istituzione manicomiale, degli elementi principali che si sono formati nel potere psichiatrico e che ne hanno costituito i suoi punti d’appoggio: nozioni come il potere del medico, il linguaggio, il bisogno, l’identità, il piacere, la realtà, la memoria dell’infanzia. Esse entrano a far parte di un discorso assolutamente estraneo al manicomio, di una pratica pensata come extra-psichiatrica, la psicoanalisi.

Così si può parlare di un triplice destino del potere psichiatrico: esso continua a persistere nella sua vecchia forma, dopo gli anni 1840-1860, nella pedagogia che si occupa del ritardo mentale; si trasforma e si rielabora, all’interno del manicomio, nel rapporto complesso che si instaura tra neurologia e simulazione; si riattiva all’interno di una pratica definita non psichiatrica.

La diffusione del potere psichiatrico a partire dall’infanzia viene analizzata da Foucault sul versante della coppia ospedale-scuola, istituzione sanitaria-sistema d’apprendimento. È qui che viene elaborato il concetto di “normale” attraverso cui si verifica la diffusione del potere psichiatrico; Canguilhem diceva: “normale è il termine con il quale il XIX secolo designerà il prototipo scolastico e lo stato di salute organica”<sup>27</sup>.

La psichiatrizzazione dell’infanzia, secondo Foucault, non avviene attraverso la scoperta del bambino folle (questo è un processo tardivo) e la scoperta dell’infanzia come luogo di fondazione della malattia mentale, ma piuttosto attraverso un personaggio diverso, il bambino “idiota”, il bambino ritardato per il quale ci si è preoccupati di dire che non si trattava di un folle. Il bambino ritardato è inquadrato nella dimensione dello sviluppo e si misura in relazione a una certa normatività che vede l’adulto come il termine ultimo dello sviluppo e la variabile della lentezza come la misura dello sviluppo in relazione agli altri bambini; un ritardato è qualcuno che si sviluppa più lentamente degli altri.

Si tratta di varianti temporali, varianti di stadio all’interno dello sviluppo del bambino secondo norma e quindi non di una malattia, di una deviazione patologica; “il ritardato è qualcuno che si trova sprofondato a un certo grado, ma non nel campo della malattia, bensì all’interno della temporalità dell’infanzia, ecco allora che le cure che gli dovranno essere prestate non dovranno differire, per loro natura, dalle cure che si devono dare a un qualunque altro bambino”<sup>28</sup>.

Nel XIX secolo, quindi, è l’adulto a essere folle, mentre l’anormalità è relativa al bambino portatore di anomalie; la scoperta del bambino folle, invece, comparirà, alla fine del secolo,

---

<sup>27</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, cit. in M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p. 184.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 191.

con i casi studiati da Charcot e da Freud, attraverso una proiezione retrospettiva dell'adulto folle sul bambino. La psichiatria, allora, da potere che controlla e corregge la follia, diventa qualcosa di molto più generale e pericoloso: il potere psichiatrico si avvia, cioè, a diventare potere sull'anormale, potere di definire quello che è normale e quello che è anormale e dunque di controllarlo e di correggerlo. Questa doppia funzione della psichiatria – potere sulla follia e potere sull'anomalia – e la disgiunzione tra bambino folle e bambino ritardato, anormale, rappresenta, per Foucault, uno dei tratti fondamentali della psichiatria del XIX secolo, da cui egli trae importanti conseguenze.

Prima di tutto la psichiatria si è innestata su tutta la serie dei regimi disciplinari rivendicando tutte le anomalie, le deviazioni, tutto ciò che è anormale come ambito di sua competenza. Dunque, attraverso la definizione del bambino anormale è stata possibile la generalizzazione, la diffusione, la disseminazione del potere psichiatrico nella nostra società.

La seconda conseguenza è che la psichiatria nella sua duplice funzione è stata costretta, da contingenze interne, a definire i rapporti che possono sussistere tra il bambino anormale e l'adulto folle. Di qui l'elaborazione di due concetti fondamentali: *istinto* e *degenerazione*.

L'*istinto* è quell'elemento definito allo stesso tempo naturale nella sua esistenza e anormale nel suo funzionamento anarchico; anormale ogni volta che non è dominato, che non è rimosso. In questo modo, l'istinto viene assunto come elemento di cui la psichiatria cercherà a poco a poco di costruire il destino, dall'infanzia all'età adulta, dalla natura all'anomalia, dall'anomalia alla malattia. Nel destino dell'istinto la psichiatria si attenderà di trovare il nesso tra il bambino anormale e l'uomo folle.

La *degenerazione* è la predisposizione ad anomalie; il bambino "degenerato", infatti, è qualcuno che porta con sé i marchi della follia dei suoi genitori o dei suoi ascendenti, è un bambino anormale la cui anomalia è tale da rischiare di produrre, in certe circostanze e in seguito ad un certo numero di eventi, la follia.

La terza conseguenza deriva da queste due nozioni; attraverso di esse si assiste all'emergere di qualcosa destinato a diventare il campo della psicanalisi, cioè l'ambito in cui si gioca il destino familiare dell'istinto.

Tornando al manicomio e a ciò che accade al suo interno, Foucault individua oltre al sopra-potere del medico, l'esistenza di un sopra-potere del malato, poiché è lui che, a seconda del modo in cui subirà la prova psichiatrica – la prova che consacra la vita di un individuo come tessuto di sintomi patologici e, allo stesso tempo, la prova di investitura di autorità per il medico - e in base al modo in cui ne uscirà, potrà determinare o meno l'investitura di autorità dello psichiatra. Vi è quindi un sopra-potere del malato sotteso al sopra-potere del medico.

Nel quadro di questa prova psichiatrica, Foucault rintraccia tre elementi fondamentali, tre tecniche che devono servire alla prova della realizzazione di una malattia che legittimi lo psichiatra come medico e faccia funzionare la domanda come sintomo; queste tre tecniche sono: l'*interrogatorio*, la *droga* e l'*ipnosi*.

La prima tecnica, oltre ad avere una funzione disciplinare poiché fissa l'individuo alla sua identità costringendolo a riconoscersi nel suo passato, presenta una serie di funzioni le quali costituiscono altrettante operazioni di realizzazione della follia. La tecnica dell'interrogatorio contribuisce a realizzare la follia attraverso quattro diversi procedimenti. Il primo è la ricerca degli antecedenti tramite la domanda al malato di quali siano state le diverse malattie da cui potrebbero essere stati affetti i suoi parenti. La ragione di questa domanda sta nell'esigenza di estendere ad una scala multi-individuale la ricerca dei segni che hanno determinato la malattia, ma soprattutto, si tratta di supplire all'assenza dell'anatomia patologica, all'assenza del corpo e al suo allontanamento ad opera della neonata neuropatologia. Infatti, dal momento che non si riesce a trovare nel malato un substrato organico alla sua malattia, si va alla ricerca nell'ambito familiare di un certo numero di patologie. Non potendo situare la malattia a livello di un corpo individuale si inventa una sorta di grande corpo, che è la famiglia affetta da tutta una serie di malattie e, dal momento che si trasmettono, esse costituiranno il substrato organico della follia. "Nell'interrogatorio della follia, il corpo malato, quello che viene palpato, toccato, percosso, auscultato, e in cui si vuol tentare a ogni costo di trovare dei segni patologici, è in realtà il corpo della famiglia tutta intera, è piuttosto il corpo costituito dalla famiglia e dall'ereditarietà familiare"<sup>29</sup>.

In secondo luogo, si ricercano i prodromi, gli antecedenti individuali, gli episodi per mezzo dei quali la follia si è annunciata prima di essere realmente come si presenta al momento dell'interrogatorio. Occorre trovare dei segni che non risultino ancora patologici e che siano, dunque, un'altra cosa rispetto ai segni interni alla malattia; ma è comunque necessario che questi segni intrattengano con la malattia un rapporto tale da poterli considerare come prodromi della malattia e cioè come segni premonitori. È sull'orizzonte dell'anomalia che viene a inscrivere la possibilità individuale della follia; è necessario stabilire delle anomalie per arrivare a dimostrare che si tratta dei sintomi della follia.

La terza funzione dell'interrogatorio consiste nell'organizzare l'incrocio tra responsabilità e soggettività; nella pratica dell'interrogatorio si produce sempre uno scambio all'interno del quale il medico sembra dire: "sono pronto a toglierti la responsabilità, giuridica o morale, di quel che hai fatto o di quel che ti accade, oppure dei sentimenti che provi, ma a una

---

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 235.

condizione: che tu assuma soggettivamente la realtà di tutto questo, ovvero a condizione che tutti questi fatti tu me li restituisca come sintomi soggettivi della tua esistenza, della tua coscienza. Intendo ritrovare tutti questi elementi nel tuo racconto e nelle tue confessioni, come elementi della tua sofferenza, come forza di un desiderio mostruoso, come segni di un movimento incontenibile, in breve: come sintomi. (...) Dammi dei sintomi, e io ti libererò dalla colpa”<sup>30</sup>. Attraverso l’interrogatorio le ragioni che hanno fatto sì che qualcuno si trovi di fronte allo psichiatra si trasformano in sintomi.

Infine, la quarta funzione dell’interrogatorio è quella dell’organizzazione della confessione, essa è la finalità stessa dell’interrogatorio e costituisce l’elemento centrale della follia. Per far sì che la follia si attualizzi all’interno dell’interrogatorio si tenta la strada della confessione, ma, se non si ottiene l’attualizzazione, si dovrà fare in modo di ottenere, nel corso dell’interrogatorio, la realizzazione della crisi stessa, di suscitare l’allucinazione, di provocare la crisi isterica. Sia attraverso la confessione, sia attraverso l’attualizzazione del sintomo centrale, il soggetto verrà a trovarsi incastrato in una strettoia e si vedrà costretto ad ammettere la sua follia e a metterla effettivamente in scena.

Tale ammissione viene strappata sotto la convinzione che dichiarare la propria follia significa liberarsene; l’interrogatorio psichiatrico presenta una duplice analogia: da una parte con la confessione religiosa che concorre al perdono, dall’altra con la crisi medica che consente di espellere la follia. La confessione della follia rappresenta la possibilità, per l’individuo, di liberarsi dalla sua follia.

La seconda tecnica del potere psichiatrico è la droga, l’uso disciplinare di oppio, nitrato d’amile, cloroformio, etere che già dalla fine del XVIII secolo avevano fatto la loro comparsa in ambito medico-legale. Ma c’è di nuovo che alcuni medici utilizzano dell’hashish per comprendere in “loro stessi” il sintomo principale, il nucleo stesso a partire dal quale potranno dispiegarsi i diversi sintomi della follia. Lo stato fisico-mentale dato dall’assunzione di hashish è, secondo gli psichiatri, il fondo essenziale della follia. L’esperienza dell’hashish darà al medico la possibilità di comunicare direttamente con la follia per una via diversa da quella dell’osservazione esterna dei sintomi; si potrà comunicare con la follia attraverso l’esperienza vissuta soggettivamente dal medico, degli effetti di intossicazione da hashish.

A partire da questa esperienza, lo psichiatra potrà affermare: “io so qual è la legge della tua follia, la riconosco poiché sono in grado, per l’appunto, di ricostruirla in me stesso; posso seguirne le tracce dentro di me; a condizione di accettare di subire qualche modificazione, come l’intossicazione da hashish, posso ricostruire l’intero filo degli eventi e dei processi che

---

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 237.

caratterizzano la tua follia. (...) posso cogliere e riprodurre il movimento autentico e autonomo della follia, e dunque, posso riuscire a coglierla dall'interno"<sup>31</sup>.

La somministrazione di droghe come l'oppio ai malati è una pratica che Foucault definisce parallela a quella dell'interrogatorio, infatti essa si costituisce come uno scambio: il medico perde potere nella misura in cui lascia agire la droga, il malato, a sua volta, trovandosi intrappolato nei meccanismi della droga, non sarà in grado di opporre il suo potere a quello del medico; quel che il medico perde in termini di potere, lo riguadagna grazie anche al fatto di poter contare su una comprensione della follia dall'interno.

Infine, la terza strategia del potere psichiatrico è costituita dall'ipnosi, la possibilità di modellare e addestrare il comportamento di un soggetto. Attraverso questa tecnica il medico potrà disporre del malato come vuole, potrà aver presa sul corpo del malato analizzando e modificando le sue funzioni. L'ipnosi è un nuovo modo, per lo psichiatra, di assoggettare il corpo del malato, un modo molto più radicale rispetto all'interrogatorio.

Questi tre strumenti, interrogatorio, droga e ipnosi, rappresentano tre modi del potere psichiatrico di realizzare effettivamente la malattia.

*“Salutiamo le isteriche come le prime militanti dell'antipsichiatria”*

“E' come se la psichiatria dicesse: con te, che sei folle, non sollevèro il problema della verit , dal momento che sono io sola a detenere la verit , in funzione del mio sapere e a partire dalle mie categorie; e se rispetto a te, che sei folle, dispongo di un potere, ci  avviene in virt  del fatto che sono io a detenere la suddetta verit . A quel punto   come se la follia rispondesse: se tu pretendi di essere in possesso della verit , una volta per tutte, in funzione di un sapere che   gi  completamente costituito, allora a me non resta che porre in me stessa la menzogna. E pertanto, quando tu tratterai i miei sintomi, quando avrai a che fare con quella che chiami la malattia, ti troverai intrappolata, perch  proprio nel cuore dei miei sintomi ci sar  un piccolo nucleo oscuro, fatto di menzogna, per mezzo del quale riuscir  a suscitare dinnanzi a te la questione della verit . Di conseguenza, non   nel momento in cui il tuo sapere si riveler  limitato che io ti inganner , poich  questa sarebbe pura e semplice simulazione. Ti inganner , al contrario, solo se un giorno tu vorrai avere effettivamente presa su di me, poich  potrai farlo solo accettando il gioco della verit  e della menzogna che sono io a proporti”<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 245.

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 131.

In questo dialogo immaginario tra psichiatria e follia, Foucault chiama in causa il grande evento della simulazione delle isteriche alla Salpêtrière davanti al medico Charcot verso la fine del XIX secolo. Si tratta del processo attraverso il quale i folli hanno effettivamente risposto con la menzogna a un potere psichiatrico che rifiutava di porre la questione della verità. La follia che simula la follia: è stato questo l'anti-potere dei folli di fronte al potere psichiatrico.

Nell'occuparsi di questo momento decisivo nella storia della psichiatria del XIX secolo, Foucault tratta l'isteria non come un fenomeno patologico ma come un fenomeno di lotta, come una battaglia che ha reso possibile la prima forma di de-psichiatrizzazione. Cosa è successo? Con l'affermarsi della neurologia verso la metà del XIX secolo, la tecnica dell'interrogatorio, tesa a ottenere risposte verbali dal soggetto, è stata rimpiazzata da un nuovo dispositivo che mira a ottenere risposte dal corpo del soggetto, risposte decifrabili clinicamente a livello del corpo.

Prima della comparsa della neurologia le "nevrosi", e cioè tutte quelle malattie caratterizzate da componenti motorie o sensoriali e che comprendevano le convulsioni, l'epilessia, l'isteria, l'ipocondria, erano considerate "disturbi nelle funzioni di relazione". Queste malattie erano considerate "cattive" per due motivi: contenevano una sorta di confusione, di irregolarità sintomatica, e inoltre, erano ritenute cattive anche a livello morale a causa di una predisposizione alla simulazione e alla costante presenza di una componente sessuale del comportamento. Ma con l'emergenza del corpo neurologico, si tenta di includere nell'ambito delle patologie neurologiche tali nevrosi e, pertanto, di cancellarne la doppia svalutazione.

L'isteria, che si iscrive nel quadro di queste malattie, è stata un insieme di fenomeni di lotta sia all'interno del manicomio, sia fuori, attorno al nuovo dispositivo medico costituito dalla clinica neurologica; essa è stata il vortice di una battaglia all'interno del potere psichiatrico e del suo sistema disciplinare. Questa lotta, e cioè lo scontro tra il neurologo e l'isterica, si è combattuta sul piano di un certo numero di manovre e di altrettante risposte.

La prima manovra è quella dell'organizzazione dello scenario sintomatologico: affinché l'isteria possa essere considerata vera malattia e affinché il medico possa essere considerato un vero medico, è necessario che l'isterica presenti un quadro stabile di sintomi, che le crisi siano a loro volta ordinate e regolari, che si svolgano, cioè, secondo uno scenario tipico, sufficientemente simile a quello di altre malattie neurologiche. A partire da questo momento, e cioè grazie alla costanza e alla regolarità dei suoi sintomi, l'isterica smetterà di essere solo una folle in un manicomio, per acquisire il diritto alla cittadinanza ospedaliera. In questo modo si delinea uno stato di dipendenza del medico nei confronti della malata, perché se

l'isterica rifiutasse di presentare i suoi sintomi, il medico sarebbe costretto a formulare una diagnosi diversa e soprattutto a non essere più neurologo ma psichiatra.

La seconda manovra è quella del “manichino funzionale”: attraverso la tecnica dell'ipnosi e della suggestione, sulla base di un ordine preciso, si potrà ottenere dalla malata un sintomo isterico perfettamente isolato, ad esempio la paralisi di un muscolo; si metterà, quindi, la malata in una situazione tale che ella avrà esattamente il sintomo che ci si aspetta e quando lo si attende. Ma una volta provocato il sintomo tramite ipnosi, viene messa in dubbio l'autenticità della malattia, poiché potrebbe trattarsi della ripercussione nel corpo del malato di ciò che gli è stato imposto. L'ipnosi è, infatti, un mezzo pericoloso poiché rischia di essere semplicemente l'effetto di un determinato ordine.

Per affermare che i fenomeni ipnotici provocati negli isterici sono fenomeni naturali, occorre confrontarli con quelli prodotti da qualcuno che non sia sotto ipnosi; “insomma, grazie al traumatizzato si otterrà una sorta di naturalizzazione dell'isterico, mentre attraverso quest'ultimo si riuscirà a denunciare nel traumatizzato la possibile simulazione”<sup>33</sup>.

Infatti, secondo Foucault, la più perversa manovra di Charcot è stata quella di mostrare questi due personaggi insieme. Quando si presentavano nel suo studio per un consulto medico persone esterne, traumatizzate, vittime di incidenti di vario tipo che presentavano delle paralisi, egli faceva venire nel suo studio un'isterica, la ipnotizzava e le ordinava una paralisi; in seguito verificava se la paralisi dell'isterica fosse simile a quella del paziente. Attraverso il “manichino funzionale” del corpo dell'isterica egli poteva giungere a considerare isterico anche il paziente prima visitato.

Di conseguenza c'è un'ulteriore manovra, la redistribuzione attorno al traumatismo, che per Charcot consiste in un avvenimento violento, un colpo, una caduta che provoca uno stato di ipnosi localizzata e permanente relativa solo a quel punto. È necessario, secondo Charcot, andare alla ricerca di questo punto, di questo trauma iniziale; di qui la necessità delle isteriche, sotto ipnosi e non, di raccontare la loro infanzia, la loro vita, di ritrovare quell'evento fondamentale che continua a prolungarsi nella sindrome isterica. “Esse faranno precipitare la loro vita, la loro vita reale, quella di tutti i giorni, vale a dire la loro vita sessuale”<sup>34</sup>.

La vita sessuale, appunto, sarà raccontata e ritualizzata costantemente all'interno dell'ospedale. Le vite delle isteriche, raccontate dalle malate di Charcot, erano spesso simili tra loro, si trattava, infatti, di donne la cui infanzia era stata segnata da abusi sessuali;

---

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 272.

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 275.

pertanto, nell'ipnosi esse riproducevano spesso scene sessuali, si contorcevano, emettevano gemiti, facevano smorfie.

È questo, per Foucault, il momento in cui le isteriche riprendono il potere sullo psichiatra: Charcot non poteva ammettere questi discorsi, queste scene, che egli si limitava a chiamare “pseudo-epilessia” o “grande crisi isterica”, non poteva riconoscerne il contenuto reale, non per ragioni di moralità, ma per la semplice impossibilità di ammetterlo.

Infatti, se con la comparsa del corpo neurologico si tenta l'inserimento delle nevrosi, tra cui l'isteria, nell'ambito delle patologie neurologiche e, quindi, la cancellazione della svalutazione morale – questi disturbi erano considerati “cattivi” perché caratterizzati da un'estrema facilità a simulare e per la costante presenza di componenti sessuali – Charcot, che aveva appunto cercato di eliminare l'obiezione di simulazione, non poteva ora affermare quell'elemento squalificante rappresentato dalla sessualità.

Era però impossibile impedire che si verificasse; se si voleva davvero arrivare a dimostrare che l'isteria era effettivamente una malattia, a Charcot, il quale era lui stesso a richiedere i sintomi, non restava che tacere o affermare il contrario.

La sessualità rappresenta la contromanovra delle isteriche, il loro grido di vittoria che sembra dire al medico: “tu vuoi trovare la causa dei miei sintomi, la causa che ti permetterà di patologizzarli e di funzionare come medico; tu vuoi questo traumatismo, ma, allora, avrai tutta la mia vita, e non potrai evitare di ascoltarmi raccontare tutta la mia vita, e al tempo stesso, di vedermi mimare di nuovo la mia vita e di ritualizzarla incessantemente all'interno delle mie crisi! (...) Sarai obbligato a vedere e udire tutto quello che ho voglia di dire e tutto quello che ho voglia di fare!”<sup>35</sup>

Appare quindi un nuovo corpo, quello sessuale di fronte al quale si assumeranno due posizioni: la svalutazione retroattiva dell'isteria, e cioè il non considerarla più una malattia viste le sue connotazioni, oppure un tentativo di contenere la manovra di aggiramento dell'isteria con la presa in carico di tipo medico, psichiatrico, psicoanalitico, della sessualità. “Le isteriche, per il loro più grande piacere, ma di certo anche per la nostra più grande sventura, hanno fornito alla medicina la possibilità di una presa sulla sessualità”<sup>36</sup>.

Di fronte alla taumaturgia di Charcot, ci si accorge che tutti i sintomi da lui studiati erano suscitati dal suo stesso intervento a partire dalle simulazioni delle sue malate; è questo il momento, la fine del XIX secolo, che segna la crisi della psichiatria.

Il fallimento del tentativo di Charcot, lo svanire della speranza neurologica, lascerà al potere psichiatrico i tre strumenti di potere: interrogatorio, droga e ipnosi; “i tre elementi – scrive

---

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 280.

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 281.



Foucault nel 1974 – per mezzo dei quali, tanto negli spazi manicomiali, quanto in quelli extra-manicomiali, il potere psichiatrico funziona ancora oggi”<sup>37</sup>.

### CAPITOLO III: PSICHIATRIA E ANTI PSICHIATRIA

#### *La regola del divano e l'antipsichiatria*

Quando si ebbe la certezza che Charcot - il “maestro della follia”, colui che la faceva apparire nella sua verità, colui che la dominava e la calmava dopo averla scatenata - produceva effettivamente la crisi isterica che egli descriveva, la psichiatria di fine XIX secolo fu scossa da una profonda crisi. Questa crisi ha sancito l’inizio dell’età dell’antipsichiatria che ha provato a mettere in discussione il potere del medico, i suoi effetti sul malato, il suo stesso sapere e la verità che egli diceva sulla malattia.

Ma prima dell’antipsichiatria Foucault riconosce l’esistenza del movimento di depsiatriizzazione che, dopo Charcot, mira a spostare, piuttosto che annullare, il potere del medico in nome di un sapere più esatto, dandogli delle nuove misure. Una prima forma di depsiatriizzazione parte dal successore di Charcot, Babinski, il quale riteneva che fosse meglio cercare di ridurre la malattia alla sua stretta realtà piuttosto che produrne teatralmente la sua verità; riducendo la malattia al suo minimo indispensabile il potere medico, pur non affrontando direttamente la follia, rimane intatto e non perde la sua rigidità. Questa prima forma di depsiatriizzazione “asettica e asintomatica”, è chiamata da Foucault “psichiatria di produzione zero”<sup>1</sup> che egli rintraccia nella psico-chirurgia e nella psichiatria farmacologica.

L’altra forma di depsiatriizzazione agisce inversamente rispetto alla precedente: si tratta, infatti, di rendere il più possibile manifesta la malattia ma facendo sì che i rapporti di potere tra medico e malato siano investiti in questa produzione di follia e cioè che restino adeguati ad essa, che non si lascino superare da essa e che possano conservarne il controllo. Affinché questo avvenga il potere medico, per essere depsiatriizzato, deve allontanarsi dallo spazio manicomiale e dai suoi effetti, deve cioè impedire che l’obbedienza ospedaliera inganni

---

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 253.

<sup>1</sup> M. Foucault *La casa della follia*, in *Crimini di pace* p. 165

l'autorità medica, deve evitare, quindi, la trappola nella quale la taumaturgia di Charcot era caduta. Pertanto in questa forma di depsiatriizzazione vale la regola del colloquio a due, della libera contrattazione tra medico e malato, la regola della libertà discorsiva per cui non si chiede più al malato di dire una certa cosa ma ciò che gli passa per la testa e la regola del divano "che considera reali solo gli effetti prodotti in quel luogo privilegiato e durante quell'ora singolare in cui si esercita il potere del medico – potere unilaterale, privo di rimando, in quanto agisce completamente nel silenzio e in modo invisibile"<sup>2</sup>.

È questa la forma di depsiatriizzazione che Foucault riscontra nella pratica della psicoanalisi, un rifugio al di fuori dello spazio manicomiale e una ricostruzione del potere medico, produttore di verità, in uno spazio in cui questa produzione resti sempre adeguata a questo potere. Secondo Foucault la nozione di transfert, processo essenziale alla cura nella psicoanalisi, è un modo di pensare concettualmente questo adeguamento e il versamento di denaro, la contropartita monetaria del transfert, un modo di garantirlo nella realtà impedendo che la produzione della verità diventi un contropotere che insidia e rovescia il potere del medico.

Foucault non ama Freud. Sin da *Storia della follia* egli aveva affermato: "Freud ha demistificato tutte le altre strutture dell'asilo: ha abolito il silenzio e lo sguardo, ha cancellato l'autoriconoscersi della follia, (...) ha fatto tacere le istanze della condanna. Ma in compenso ha sfruttato la struttura che avvolge il personaggio medico; ha ingrandito le sue virtù di taumaturgo, preparando uno statuto quasi divino alla sua onnipotenza. Ne ha fatto lo Sguardo assoluto, il Silenzio puro, il Giudice che punisce e ricompensa in un giudizio che non accondiscende neppure al linguaggio; ne ha fatto lo specchio in cui la follia, in un movimento quasi immobile, si innamora e si disinnamora di se stessa. (...) Ha liberato il malato da quell'esistenza nell'asilo alla quale l'avevano condannato i suoi liberatori (Tuke e Pinel); ma non l'ha liberato da ciò che c'era d'essenziale in quell'esistenza; ne ha raggruppato i poteri e li ha tesi al massimo, annodandoli tra le mani del medico; ha determinato la situazione psicoanalitica, in cui, per un corto circuito geniale, l'alienazione sconfigge l'alienazione, inquantoché nel medico essa diventa soggetto. Il medico, come figura alienante, resta la chiave della psicoanalisi"<sup>3</sup>.

Inoltre, ne *Il potere psichiatrico*, Foucault aveva messo in luce il fenomeno della disseminazione del potere psichiatrico in tutti in tutti gli strati della società, la riutilizzazione di quelle pratiche tipicamente manicomiali come l'interrogatorio e di quei concetti come il

---

<sup>2</sup> Ibidem, p. 166

<sup>3</sup> M. Foucault, *Storia della follia*, cit. p. 437

linguaggio, il bisogno, l'identità, il piacere, la realtà, la memoria dell'infanzia, all'interno di un discorso che si voleva extra-manicomiale, la psicanalisi.

Secondo Foucault questa pratica rappresenta un arretramento della psichiatria e il tentativo di ridurre tutta l'analisi psichica a quella del funzionamento familiare. Così parlando dell'*Antiedipo* di Gilles Deleuze e Felix Guattari, di cui Foucault ha curato la prefazione, egli ha affermato: “la psicoanalisi, così come è praticata attualmente, costituisce una sottomissione della libido, del desiderio al potere familiare. La psicoanalisi edipizza, familizza il desiderio. Invece di liberarlo, la pratica psicoanalitica lo sottomette. Ancora una dimostrazione di un meccanismo di potere”<sup>4</sup>.

Alla psicoanalisi e alla psichiatria di produzione zero, le due grandi forme di depsiatriizzazione, entrambe conservatrici del potere, si oppone l'antipsichiatria che Foucault definisce il “movimento grazie al quale la questione della verità sarà rimessa in gioco all'interno del rapporto tra il folle e lo psichiatra”<sup>5</sup>.

Infatti, l'antipsichiatria non si pone come un rifugio al di fuori dello spazio manicomiale ma piuttosto come la sua distruzione attraverso un lavoro interno; essa non intende verificare il valore di verità della psichiatria in termini di conoscenza ma lottare *con, in e contro* l'istituzione. È proprio questo luogo che l'antipsichiatria critica a fondo, in quanto forma di distribuzione e meccanismo dei rapporti di potere, l'“a priori” della pratica psichiatrica.

La psichiatria aveva sempre funzionato come il gioco di un rapporto di potere che dà origine ad una conoscenza sulla quale si basano di rimando i diritti di questo potere; è proprio questo gioco, questo circolo chiuso che l'antipsichiatria tenta di sciogliere. Essa affida all'individuo il diritto di gestire la propria follia, un'esperienza alla quale possono contribuire anche gli altri ma non in nome di un potere conferito dalla loro ragione o normalità; essa separa la follia, i suoi comportamenti, le sue sofferenze, i suoi desideri dallo statuto medico, dalla diagnosi, dalla sintomatologia che non solo li classificava ma decideva e decretava su di essi. L'antipsichiatria, secondo Foucault, invalida l'identificazione della follia nella malattia mentale; demedicalizza la follia opponendosi alla depsiatriizzazione che, al contrario, la supermedicalizza.

“L'insieme della psichiatria moderna – rivela Foucault – è tutto sommato percorsa dall'antipsichiatria, se si intende con questo termine tutto ciò che pone in discussione il ruolo dello psichiatra incaricato, in altri tempi, di *produrre la verità della malattia* nello spazio ospedaliero”<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> M. Foucault, *Asili. Sessualità. Prigionieri*, in *Archivio-2*, cit. p. 182-183

<sup>5</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p. 133

<sup>6</sup> M. Foucault, *La casa della follia*, in *Crimini di pace*, cit. p. 164

### *L' intellettuale antipsichiatra*

Si è già parlato dell'avvicinamento di Foucault all'apertura politica degli anni Sessanta e Settanta, al clima di agitazioni che gli aveva permesso di fare un'analisi più approfondita del potere; l'incontro di Foucault con l'antipsichiatria è avvenuto alcuni anni dopo *Storia della follia* e attraverso un discorso internazionale che iniziava a riconsiderare il fenomeno della follia. A partire dagli anni Sessanta contemporaneamente negli Stati Uniti, in Gran Bretagna, in Italia e in Francia alcuni medici e intellettuali lavoravano tutti, nonostante i diversi punti di partenza, nella stessa direzione.

Perché questa convergenza? Per Foucault il problema dei poteri e del funzionamento dei poteri all'interno della società è un problema generazionale; così come le lotte studentesche del '68 si sono propagate in tutto il mondo con una certa rapidità e intensità, accomunando realtà lontane tra loro, i movimenti dell'antipsichiatria si sono incontrati, ognuno con la propria particolarità, in una lotta che si basava su un nuovo modo di mettersi in rapporto con la follia, non più psichiatrico o medico.

I cambiamenti avvenuti in psichiatria a partire da questi anni, le riforme a cui l'antipsichiatria ha portato, hanno preso le mosse da alcune prese di coscienza di intellettuali, medici e tecnici. Il ruolo di questi personaggi è cambiato, si è passati dalla figura di un intellettuale che agiva come legislatore morale, che rappresentava la buona e la cattiva coscienza in qualunque campo, a un intellettuale che si lega alle persone che sono coinvolte in pratiche a cui egli si interessa.

“L'intellettuale - dice Foucault - non deve più svolgere il ruolo di colui che dà consigli. Spetta a coloro che lottano e si dibattono di trovare il progetto, le tattiche, i bersagli. Quel che l'intellettuale può fare è dare strumenti di analisi, e questo è oggi essenzialmente il ruolo dello storico”<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> M. Foucault, *Potere-corpo*, in *Microfisica del potere*, cit. p. 144

L'analisi dell'intellettuale che propone Franco Basaglia, lo psichiatra italiano a cui si deve la chiusura dei manicomi, è molto interessante per comprendere il nuovo ruolo dell'intellettuale all'interno della lotta al superamento dei manicomi. Secondo Basaglia, la presa di coscienza dell'intellettuale negli anni 60-70 è stata profondamente diversa e più completa rispetto a quella dell'intellettuale di sinistra negli anni successivi alla Seconda guerra mondiale.

Dal dopo guerra, infatti, l'intellettuale borghese poteva prendere le parti della classe oppressa, senza che questo gli richiedesse una messa in discussione dei suoi valori professionali; egli poteva permettersi una vita professionale o intellettuale totalmente aderente ai valori e alle ideologie che la classe dominante trasmetteva nel segno dell'oggettività della scienza. L'intellettuale o il tecnico militante nei partiti di sinistra, svolgeva una pratica professionale di segno opposto alla sua attività politica: ingegnere in fabbrica, medico in ospedale, psichiatra in manicomio, insegnante, giudice, egli affermava, con la sua professione ciò che altrove negava senza la consapevolezza di quello che comportava essere il funzionario dell'ideologia dominante nella propria sfera di lavoro.

Questa consapevolezza di essere i funzionari del potere dominante, incominciò a manifestarsi, secondo Basaglia, in uno scontro diretto tra ideologia e pratica. “Furono cioè quelli che Sartre definisce i *tecnici del sapere pratico*, (...) i ragionieri della scienza che cominciarono a mettere in discussione il ruolo svolto nel proprio settore specifico, in rapporto all'ideologia scientifica di cui erano portatori e rappresentanti nella pratica di loro competenza: coloro cioè che affrontano problemi pratico-teorici, traducendo l'astrazione della teoria nella pratica istituzionale”<sup>8</sup>.

Questa presa di coscienza cominciò a nascere in quei settori che avevano a che fare con problemi di ordine pubblico e con la necessità sociale di disciplinare gruppi di persone “asociali”. Fra questi settori il manicomio è l'esempio più calzante: esso si presenta come istituto terapeutico e di controllo, di riabilitazione e di segregazione, dove il consenso del segregato è ottenuto tramite la mistificazione della terapia e della riabilitazione. In questo settore la distanza tra l'ideologia che concepisce l'ospedale come un luogo di cura e la pratica che si realizza con la segregazione e la violenza, è profonda.

Inoltre, in manicomio la classe di appartenenza degli internati contrasta apertamente con la presunta funzione terapeutica del manicomio: esso non è l'ospedale per chi soffre e deve essere curato, ma il luogo di contenimento di certe devianze di comportamento degli appartenenti alla classe subalterna.

---

<sup>8</sup> Franco Basaglia, *Crimini di pace*, cit. p. 5

Negli anni Sessanta, i tecnici cominciarono a rifiutare, di fronte alla realtà con cui si scontravano, il ruolo di funzionari del consenso, essi cominciarono a mettere in crisi la concezione per cui la malattia mentale, incomprensibile e irriducibile, non può che essere contenuta in uno spazio adatto e che la società, bisognosa di isolare e allontanare gli elementi di disturbo sociale, delega gli scienziati per controllarne il contenimento. Questo contribuiva a mettere a nudo la subordinazione pratica della scienza agli interessi di una società che non rappresenta gli interessi di tutti i cittadini.

La lotta che questi tecnici conducevano mirava a smascherare “che la fabbrica è nociva alla salute, che l’ospedale produce malattia, che la scuola crea emarginati e analfabeti, che il manicomio produce pazzia, che le carceri producono delinquenti e che questa produzione deteriore è riservata alla classe subalterna”<sup>9</sup>.

Ma in quegli anni c’era comunque la convinzione, da parte dei rappresentanti politici, che la questione della lotta doveva essere posta in termini di contraddizione tra classe operaia e capitale, non riconoscendo, in questo modo, nessuna validità ad una critica della scienza che agisse su questa stessa contraddizione, partendo dalla messa in crisi pratica dell’ideologia scientifica. Ciò significava accettare l’obiettività della scienza in certi settori, dei suoi strumenti tecnici e delle sue teorie come se non si trattasse di uno dei mezzi di manipolazione e di controllo sociale nei riguardi della classe subalterna.

Nel 1968, però, esplose la rivoluzione che vede tantissimi studenti ribellarsi al loro futuro di funzionari del consenso e moltissimi tecnici rifiutare la delega di potere implicita nel loro sapere; è un momento in cui i movimenti degli operai, degli studenti e degli intellettuali fanno sentire la loro voce. Si tratta di un periodo di grandi rivoluzioni nella società e di importanti trasformazioni: risale, infatti, a questo momento la distruzione dell’istituzione manicomiale e il ribaltamento delle verità della psichiatria sulla follia. Esperienze come quella della trasformazione dei manicomi di Trieste, Gorizia e Colorno si trovano proprio in questi anni.

La novità di queste lotte rispetto a quelle pre-sessantottine è rappresentata dalla nuova posta in gioco e cioè il rapporto tra il tecnico, la scienza e la sua pratica di cui le masse costituiscono l’oggetto; la posizione dell’intellettuale che sa e che guida le masse è superata una volta che egli ha riconosciuto che il suo ruolo nella società è quello di manipolare il consenso attraverso le ideologie che egli stesso produce e mette in atto.

Rimane ovvio, secondo Basaglia, che in una società borghese gli intellettuali, i tecnici e tutte le istituzioni esistano per salvaguardare gli interessi e la sopravvivenza del gruppo dominante e i suoi valori (è qui sta anche l’ambiguità tipica di tutti i movimenti borghesi), ciò che non è

---

<sup>9</sup> Ibidem, p. 8

ovvio, invece, è riconoscere e individuare nella pratica quotidiana, quali siano i processi attraverso i quali gli intellettuali o i tecnici continuano a produrre ideologie sempre nuove che mantengono inalterata la loro funzione di manipolazione e controllo.

E non è altrettanto ovvio e automatico che la classe subalterna, anche quella più politicizzata, riconosca nella scienza e nelle ideologie la manipolazione e il controllo di cui essa stessa è oggetto; piuttosto essa riconosce nella scienza un valore assoluto che accetta perché al di là della propria possibilità di conoscere e di comprendere, perché manipolata in modo da non conoscere e non comprendere.

Ad esempio chi è oggetto della manipolazione e del controllo della medicina è molto difficile che identifichi la diagnosi e la cura come forme di manipolazione e di controllo o addirittura distruzione; il ricoverato in un ospedale psichiatrico può al massimo, secondo lo psichiatra italiano, ritenerle risposte insufficienti ai propri bisogni.

Occorre, quindi, che l'intellettuale, insieme a coloro che sono oggetto di questa manipolazione, capisca e renda espliciti processi attraverso cui un'ideologia scientifica riesce a far accettare alla classe subalterna misure che apparentemente rispondono ai suoi bisogni ma che, di fatto, la distruggono. Questo avvicinamento nel tentativo della comprensione sembrerebbe molto più proficuo e politicamente più efficace rispetto a quel "fingersi – come dice Basaglia – gli operai che non siamo, o prendere a prestito da loro le motivazioni alla lotta, quando il terreno in cui agiamo ci coinvolge in una serie di complicità, la cui natura non è esplicita né riconoscibile da chi le subisce"<sup>10</sup>.

Individuare e chiarire assieme alla classe subalterna significa fare una critica della scienza e, allo stesso tempo, agire politicamente nel senso che la classe oggetto di manipolazione possa impadronirsi della conoscenza di questi processi in modo da arrivare a rifiutarli. In questo campo di lotta il tecnico borghese viene a trovarsi sullo stesso piano dell'individuo a cui egli presta servizio; è *con* lui che deve trovare le risposte a bisogni che la psichiatria e la medicina tradizionale non riconoscono, solo se le si cercano assieme la classe subalterna potrà appropriarsi di queste conoscenze.

Ma, all'interno dell'ospedale, il tecnico, nel mettere a disposizione dell'assistito le sue conoscenze, mette in atto automaticamente il ruolo del potere che gli viene dalla sua figura sociale, dalla classe di appartenenza, dal prestigio che gli deriva dal posto che detiene. Nel rapporto con l'assistito appartenente alla classe subalterna, il potere dell'altro, del medico, agisce solo come una forma di dominio e di distanza, che impedisce all'altro di esistere come figura sociale, come individuo avente dei diritti. L'unica alternativa alla perpetuazione di

---

<sup>10</sup> Ibidem, p. 11

questa distanza e di questo dominio è rappresentata, secondo Basaglia, dalla rottura del binomio sapere-potere, il che equivale alla rottura del potere medico. “E tanto più l’intervento del tecnico riuscirà ad essere diverso da quello dell’intellettuale che insegna a chi è oppresso la via della liberazione, quanto più egli stesso si riconoscerà oggetto dei medesimi meccanismi, in quanto delegato a metterli in atto e a legittimarli”<sup>11</sup>.

Questa lotta *con* la classe oppressa e non *per* o *in nome di* non rimane una pura enunciazione verbale, essa ha significato per Basaglia l’esperienza pratica dell’ospedale psichiatrico di Gorizia dove in quegli anni è stata attuata un’opera di trasformazione della logica manicomiale, da cui ha preso l’avvio il movimento anti-istituzionale che ha spostato la problematica psichiatrica dal campo puramente tecnico a quello socio-politico.

L’azione di trasformazione ha reso evidente come molto spesso la diversità, codificata sotto l’etichetta della malattia mentale, possa essere una diversità di tutt’altra natura, per esempio l’appartenenza alla classe subalterna, la cui presenza nella società è accettata solo finché essa si adegua a regole istituite per la sua subordinazione.

Franco Basaglia ha detto: “la psichiatria è da considerarsi l’espressione di un sistema che ha finora creduto di negare ed annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé, rifiutandone la dialettica, nel tentativo di riconoscersi ideologicamente come una società senza contraddizioni. Se il malato è l’unica realtà cui ci si debba riferire, si devono affrontare le due facce di cui tale realtà è appunto costituita: quella del suo essere un malato, con una problematica psicopatologica (dialettica e non ideologica) e quella del suo essere un escluso, uno stigmatizzato sociale”<sup>12</sup>.

Di fronte a queste osservazioni, Robert Castel ha definito la psichiatria come la pratica di una contraddizione tra una finalità terapeutica e certe funzioni politico-amministrative di controllo sociale; questa contraddizione costituisce il problema fondamentale connesso storicamente all’esistenza della medicina mentale.

Secondo Castel l’esigenza di tenere insieme e di lavorare insieme i due termini della contraddizione costituisce l’originalità del pensiero di Basaglia tra le correnti antipsichiatriche: egli non ha scelto di far rientrare la malattia mentale in una dimensione medica o di farla rientrare in una dimensione politica, non ha scelto di ridurre la contraddizione psichiatrica ad un’alternativa semplice. La sua “non-scelta” mira ad adempiere a un compito quotidiano: ritrovare nella pratica la dimensione politica della contraddizione della psichiatria.

---

<sup>11</sup> Ibidem, p. 27

<sup>12</sup> Franco Basaglia, *L’istituzione negata*, citato in Robert Castel, *La contraddizione psichiatrica*, in *Crimini di pace*, cit. p. 171



La lotta istituzionale di Gorizia e Trieste ha dato vita a una nuova modalità d'ascolto che restituisce al malato, oggettivato dalla medicina mentale classica e risoggettivato dalla psicoanalisi, la sua dimensione reale di soggetto sociale e politico. Le cose non sono semplici e la contraddizione psichiatrica non viene risolta; si fa strada, però, la possibilità di qualcosa di molto diverso dalla tradizione medico-psicologica nella quale il problema veniva spostato. “La critica operata dall’antipsichiatria – afferma Foucault – non risolverà tutti i problemi. Ma l’essenziale è che questi problemi non sono più reinvestiti dal potere medico che, attribuendo loro uno statuto, li neutralizza”<sup>13</sup>.

### *Follia, la grande esclusa*

L’interesse di Foucault verso la follia nasce – come egli stesso afferma – dalla ricerca della struttura negativa di una società e cioè tutto ciò che viene escluso, il suo sistema di divieti e di impossibilità, le idee, i comportamenti, le condotte, i principi giuridici o morali che non vengono e non possono essere accolti, che vengono esclusi dal sistema.

“Non esistono società senza un sistema di costrizioni; (...) ponendo una costrizione, ogni società pone allo stesso tempo una serie di esclusioni. In ogni società, qualunque essa sia, ci sarà sempre un certo numero di individui che non ubbidiranno al sistema di costrizioni – per la semplicissima ragione che un sistema di costrizioni, per essere effettivamente tale, deve essere fatto in modo che gli uomini abbiano sempre una certa tendenza a sfuggirlo. (...) Pertanto, ogni società può funzionare solo alla condizione di ritagliare al suo interno una serie di obblighi che escludono dal suo controllo e dal suo sistema certi individui o certi comportamenti, certe condotte o certe parole, certi atteggiamenti o certi caratteri. Non può esistere una società senza margini, perché la società si staglia sulla natura, in modo tale che vi sia un resto, un residuo, qualcosa che le sfugge. È sempre in questi margini della società, necessari e indispensabili che si manifesterà il folle”<sup>14</sup>.

Il meccanismo di esclusione sociale avviene, secondo le analisi di Foucault, su quattro versanti: l’esclusione dal lavoro e cioè dalla produzione economica, dalla famiglia, dal discorso (nel senso dell’esclusione rispetto alle regole del discorso) e dalla festa o dal gioco. Rispetto ai soggetti che, all’interno della società, subiscono solo una di queste forme di esclusione, il folle è colui che, invece, le subisce tutte. Vittime dei quattro grandi sistemi di esclusione, “ai margini della società, e come residuo di tutti quei residui, esiste sempre una simile categoria d’individui”<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> M. Foucault, *Asili. Sessualità. Prigionieri*. in *Archivio-2* cit. p. 179

<sup>14</sup> M. Foucault, *La follia e la società*, in *Archivio Foucault-3* p. 68-69

<sup>15</sup> *Ibidem*, p. 70

Si è già visto come in *Storia della follia* Foucault ha trattato l'evoluzione della percezione della follia nel mondo occidentale dal Medioevo agli albori del XIX secolo, soffermandosi sull'età classica in quanto momento fondamentale per la storia di questa grande esclusione. Egli ha inoltre evidenziato il passaggio, sotto il dominio capitalista, dal *folle* al *malato di mente*, il quale è sempre il frutto di una quadrupla esclusione ma, in funzione delle esigenze della società capitalistica, gli viene attribuito lo statuto di malato, di individuo che deve essere guarito per essere nuovamente immesso nel circuito del lavoro obbligatorio. “Nella storia del folle, il malato di mente non è la verità ultima del fenomeno della follia, ma la sua metamorfosi propriamente capitalistica”<sup>16</sup>.

La grande esclusione della follia è anche l'oggetto della analisi di Thomas Szasz che nel saggio *La psichiatria a chi giova?* afferma: “nessun gruppo è stato, nella storia moderna, perseguitato in modo altrettanto coerente e inesorabile, privato dei suoi diritti umani e civili, come i pazzi o i cosiddetti malati di mente”<sup>17</sup>.

In Szasz i concetti di *malattia* e *pazzia* costituiscono il punto di partenza per l'analisi di una possibile riforma psichiatrica che punti a proteggere i diritti civili delle persone ritenute malate mentali. Il termine *malattia* indica, secondo Szasz, un malfunzionamento nel *corpo* della persona definita malata; mentre, *pazzia* presuppone che ci sia qualcosa che non va nel *comportamento* della persona definita pazzo. Di conseguenza, per tradizione, la prima definizione ha portato a forme di intervento chiamate “trattamento” e “cura”, mentre la seconda a interventi chiamati “restrizione” e “controllo”.

La situazione che si è così delineata, nel corso della storia della psichiatria, è stata quella di un costante sforzo per ridefinire la segregazione psichiatrica come “ricovero ospedaliero” e il controllo psichiatrico come “cura”.

Sia che si tratti di ricovero volontario sia che si tratti di quello coatto, le persone ricoverate in ospedale psichiatrico perdono apparentemente soltanto il diritto a uscire dall'ospedale, in realtà spesso perdono tutti i loro diritti civili. Possono essere dichiarate incapaci di gestire se stessi e i propri beni, possono perdere il diritto di votare, di guidare, di lavorare; sono assoggettati alle pratiche più brutali che si possono immaginare e, una volta usciti dal manicomio, sono inevitabilmente stigmatizzati come ex malati di mente.

Szasz denuncia, negli anni Settanta, l'uso dell'intervento psichiatrico come metodo di controllo sociale: “la nostra società è pervasa dall'uso delle incriminazioni e delle

---

<sup>16</sup> Ibidem, p. 83

<sup>17</sup> Thomas S. Szasz, *La psichiatria a chi giova?*, in *Crimini di pace*, p. 434

giustificazioni psichiatriche, che vanno dalla dichiarazione di incapacità mentale dei parenti ricchi, al tentativo di sottrarsi alla leva e alle conseguenze della legge sull'aborto"<sup>18</sup>.

La procedura dell'internamento coatto, infatti, rientra tra questi metodi di controllo sociale: questa procedura è basata fondamentalmente sui concetti, strettamente connessi tra loro, di malattia mentale e pericolosità, due concetti che servono a giustificare questa pratica. La formula legale per cui il paziente che soffre di malattia o disturbo mentale "è pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo"<sup>19</sup>, costituisce un esempio perfetto.

Sotto questa fraseologia legale si evince chiaramente l'ideologia dalla quale sono animati gli psichiatri e i giudici che praticano questo tipo di procedura; il nesso crimine-follia, "un'entità assolutamente fittizia"<sup>20</sup> come lo definisce Foucault, nasce con la psichiatria del XIX secolo e trova la sua classificazione patologica in quella che per più di mezzo secolo è stata chiamata monomania omicida. Foucault da un'interessante interpretazione della convergenza tra il potere psichiatrico e quello giudiziario: "il crimine è diventato una posta in gioco rilevante per gli psichiatri, in quanto modalità di potere a garantire e giustificare e non in quanto campo di conoscenza da conquistare. La psichiatria è diventata così importante nel secolo XIX perché funzionava come una forma di igiene pubblica, più che per il fatto di applicare una nuova razionalità medica ai disordini dello spirito o della condotta. (...) la follia sembrava legata a condizioni malsane d'esistenza (sovrappopolazione, promiscuità, vita urbana, alcolismo, vizio) e, inoltre, era percepita come una fonte di pericoli (per sé stessi, per gli altri, per le persone vicine e anche per via ereditaria, per la discendenza). La psichiatria del secolo XIX è stata, in pari misura, una medicina dell'anima individuale e una medicina del corpo collettivo"<sup>21</sup>.

Si può richiedere l'intervento psichiatrico contro le persone accusate di un crimine, ogni volta che il procedimento criminale grava sull'accusato; in questo modo, la psichiatria viene usata per privare l'accusato della propria libertà e della propria dignità, in nome della protezione della sua salute e della cura della sua malattia mentale. Ad esempio, una persona accusata di un delitto può essere dichiarata incapace di assistere al proprio processo e per questo rinchiusa in un ospedale psichiatrico fino a quando non verrà dichiarata in grado di farlo. Stabilita l'infermità mentale, una volta in prigione, il carcerato può essere dichiarato psicotico e trasferito in manicomio criminale.

---

<sup>18</sup> Ibidem, p. 437

<sup>19</sup> Rimando all'appendice *Storie di extra-ordinaria follia* la questione sulle leggi che hanno regolato la malattia mentale.

<sup>20</sup> M. Foucault, *L'evoluzione della nozione di "individuo pericoloso" nella psichiatria legale del XIX secolo*, in *Archivio Foucault-3* p. 48

<sup>21</sup> Ibidem, p. 49

Il ricovero coatto è sempre stato considerato come una misura presa *per* il paziente e non *contro* di lui; è in questa prospettiva, in questo iter psichiatrico-giudiziario, che si iscrive, secondo Szasz, la necessità di una riforma psichiatrica che miri all'abolizione di tutti gli interventi psichiatrici non volontari.

Questo vorrebbe dire mettere in discussione la psichiatria stessa; riconoscere che i problemi rappresentati dalle malattie mentali sono problemi umani e non medici, problemi economici, morali sociali e politici; ammettere che diagnosi, prognosi, ricoveri e trattamenti cosiddetti psichiatrici non richiesti esplicitamente dai pazienti, sono coercitivi.

“Soltanto quando un popolo libero accetterà e pretenderà che i diritti civili siano indipendenti dai criteri psichiatrici, così come oggi sono indipendenti dai criteri e stanno diventando indipendenti dai criteri razziali o sessuali, e soltanto quando i legislatori e i giuristi toglieranno ai medici, e soprattutto agli psichiatri, il potere di esercitare il controllo sociale per mezzo di sanzioni quasi-mediche, si saranno protetti i diritti civili delle persone accusate di malattia mentale”<sup>22</sup>.

Gli anni Sessanta e Settanta hanno dimostrato, con la distruzione e la trasformazione dell'ospedale psichiatrico, che è possibile vivere la malattia mentale in maniera diversa; le analisi di Foucault, Basaglia, Szasz, e molti altri antipsichiatri hanno smascherato il potere psichiatrico e ne hanno sviscerato i meccanismi. Le esperienze realizzate durante quegli anni hanno cambiato la direzione verso cui la psichiatria procedeva inesorabilmente da molto tempo.

*“...la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile.*

*Dieci, quindici, venti anni fa era impensabile*

*che un manicomio potesse essere distrutto.*

*Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so,*

*ma ad ogni modo noi abbiamo dimostrato*

*che si può assistere la persona folle in un altro modo,*

*e la testimonianza è fondamentale.*

*Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi*

*voglia dire che si è vinto.*

*Il punto più importante è un altro,*

*è che ora si sa cosa si può fare.”*

---

<sup>22</sup> Ibidem, p. 439

(Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 28-06 –1979)

## CONCLUSIONI

Come si può concludere? Tirare le somme di questo discorso?

La malattia mentale è la “metamorfosi capitalistica della follia”; è la metafora dei problemi economici; è uno strumento di controllo sociale...

Si è visto che la follia non è un oggetto, non lo è mai stato. Ma la tentazione di analizzarla come esperienza profonda e autonoma ha coinvolto lo stesso Foucault. “Almeno in due occasioni Foucault si rimprovererà di essersi lasciato sedurre dall’idea che vi sia una profondità della follia, che questa costituisca un’esperienza fondamentale che si colloca al di fuori della storia e di cui i poeti (gli artisti) sono stati e possono ancora essere i testimoni, le vittime o gli eroi”<sup>1</sup>.

Successivamente, Foucault riprende il discorso sulla follia da un’altra angolatura. Dopo aver lavorato a lungo sul costituirsi delle pratiche e dei dispositivi di potere-sapere che hanno caratterizzato le società occidentali, egli analizza i rapporti che il potere psichiatrico intrattiene con la follia, argomento del corso al Collège de France tenuto durante l’anno accademico 1973-74.

Si è visto, inoltre, che il movimento dell’antipsichiatria ha desacralizzato il rapporto medico-malato, rimettendo in discussione il potere psichiatrico e il suo funzionamento.

Le analisi di Foucault e i contributi di Franco Basaglia, di Thomas Szasz, di Robert Castel e degli altri intellettuali coinvolti in questo “dibattito”, sono da riportarsi a un contesto politico-culturale come quello degli anni Settanta, in cui le lotte dal basso hanno sollevato problemi importanti e coinvolto attivamente l’opinione pubblica.

Il contesto degli anni Settanta, appunto. Non intendo analizzare i cambiamenti avvenuti nel corso di questi trent’anni; sicuramente molto è cambiato in quei “movimenti dal basso” che si erano impegnati a incidere sulla gestione statale dei servizi sanitari. Ma non è questo il punto. Com’è possibile che ricerche condotte durante quegli anni risultino, a mio avviso, ancora molto attuali?

Innanzitutto si tratta di un problema che non ha ancora trovato una soluzione definitiva. In effetti, forse, non si tratta di voler cercare una chiave di volta, ma di affrontare il problema dal punto di vista metodologico. In questo senso le analisi di Foucault risultano ancora importanti per capire come si possa “agitare” un problema e fare emergere rispetto ad esso anche quelle relazioni e quei rapporti meno evidenti.

---

<sup>1</sup> M. Blanchot, op. cit. p. 10.

Inoltre, la sensazione di aver superato, dopo gli anni Settanta, certe problematiche senza però averle comprese totalmente, spinge a ritornare su coloro che proprio in quegli anni sembravano porre le basi per un'altra storia, un'altra ricerca, un'altra società possibile.

## APPENDICE

### Storie di extra-ordinaria follia. Rivoluzioni, Occupazioni, Dimissioni (Nascita e trasformazione del manicomio di Colorno)

L'argomento da me scelto per la prova finale è la follia e il potere psichiatrico nel mondo occidentale, più precisamente, la storia della follia nel corso dei secoli e l'analisi dell'istituzione manicomiale come dispositivo del potere psichiatrico. Un percorso che segue quello di Michel Foucault e alcune analisi di Franco Basaglia.

In questo quadro si è inserita la mia ricerca sull'esperienza antipsichiatrica italiana e, nello specifico, su quella parmense degli anni Sessanta e Settanta del Novecento.

L'attività strutturata, concordata con la Professoressa Vallori Rasini, si è, infatti, incentrata sulla storia del manicomio di Colorno, un piccolo centro della provincia di Parma.

Il punto di partenza di questa ricerca è stato la visione del film "Matti da slegare" di Marco Bellocchio, Silvano Agosti, Stefano Rulli e Sandro Petraglia; si tratta di una testimonianza diretta dei degenti dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Colorno, un documentario sulle nuove iniziative in senso antipsichiatrico realizzate nella provincia di Parma per opera dell'Amministrazione Provinciale al potere durante gli anni Sessanta.

Il film, girato nel 1975, è inoltre il racconto degli orrori del manicomio e di altri istituti come il brefotrofo di Parma e altri istituti religiosi per minori dislocati nella provincia o appena fuori da questa; "Matti da slegare" testimonia anche le condizioni economiche e sociali di quegli anni in una zona depressa come quella dell'Appennino emiliano e della Bassa Parmense.

Da questo film è nato un percorso a ritroso nel tempo che ha come momento iniziale la nascita del manicomio di Colorno, la sua organizzazione interna e che prosegue, passando per l'avvenimento storico dell'occupazione studentesca, con l'analisi dei suoi momenti di trasformazione, con la nuova politica delle dimissioni e dell'inserimento degli ex degenti nella società.

La ricerca bibliografica sull'OPP di Colorno ha previsto la consultazione degli Archivi storici riguardanti i resoconti statistico-clinici dei primi Direttori del manicomio, le leggi e i regolamenti vigenti durante la seconda metà dell'Ottocento e gli inizi del Novecento.

Questa ricostruzione storica, oltre a fornire dati economico-sociali sulla popolazione del manicomio, mi ha permesso di comprendere alcuni meccanismi del potere psichiatrico che si sviluppavano a partire dai trattamenti fisici e morali della malattia. Attraverso questi resoconti



mi è stato possibile rintracciare certi elementi della cultura manicomiale che si ripetono continuamente nell'illustrazione di casi clinici di alcuni degenti dell'OPP.

Per quanto riguarda l'esperienza rivoluzionaria parmense, la mia ricerca si è basata sulla visita a Colorno, sull'acquisizione di materiale storico e informativo sugli anni della chiusura dell'OPP e sulla preziosa intervista a Mario Tommasini, Assessore alla Sanità nel 1965 e sostenitore in prima linea della lotta al manicomio.

Questa parte ha messo in luce l'esperienza della rivoluzione di fine anni Sessanta a Parma come effetto diretto delle lotte già intraprese dallo psichiatra Franco Basaglia a Trieste e delle lotte sociali contro la disuguaglianza e la discriminazione di classe che si andavano accendendo in Italia durante quegli anni.

Il materiale raccolto testimonia le esperienze rivoluzionarie vissute in quegli anni a Parma che hanno avuto come obiettivo la demolizione dell'istituzione manicomiale attraverso la sua trasformazione; infatti, in quel periodo sono nate le prime strutture alternative all'OPP come fattorie protette, centri d'aiuto per i minori provenienti dagli Istituti e appartamenti destinati ai dimessi dal manicomio.

Inoltre, queste nuove esperienze come la creazione di strutture alternative all'OPP e il reinserimento degli ex degenti nel mondo del lavoro e nella società si inseriscono nel tentativo di riabilitare, innanzi tutto il degente, ma anche la psichiatria e i suoi "funzionari" quali medici ed infermieri.

Ho ritenuto importante, ai fini della mia tesi, ricercare e collocare gli elementi di una storia - fatta di uomini, istituzioni, vecchie convinzioni e nuove prese di coscienza - che è la testimonianza dell'esistenza di un mondo nel mondo ma anche la dimostrazione che questo mondo, relegato in uno spazio chiuso e lontano dalla realtà quotidiana, può essere messo in crisi e distrutto.

*“Non è una raccolta di ritratti quella che qui si leggerà: sono delle trappole, delle armi, delle grida, dei gesti, degli atteggiamenti e delle astuzie, degli intrighi di cui le parole sono state lo strumento. Vite vere sono state “giocate” in queste poche frasi; non voglio dire con questo che vi sono state raffigurate ma che di fatto la loro libertà, la loro sventura, spesso la loro morte, in ogni caso, il loro destino, vi sono stati almeno in parte decisi. Questi discorsi hanno realmente incrociato delle vite; delle esistenze sono veramente state rischiate e perdute in queste parole.”<sup>1</sup>*

*Michel Foucault, “La vita degli uomini infami”*

### **...in via dei matti numero zero**

Il 29 luglio 1873 il manicomio di Parma venne trasferito a Colorno, un piccolo centro situato a nord della provincia e distante 20 km dalla città.

Sede del nuovo manicomio provinciale divenne il Palazzo Ducale di Colorno e i locali attigui alla Reggia come il vecchio Convento dei Domenicani e la Cappella di San Liborio; la decisione del trasferimento fu presa dopo varie sedute del Consiglio Sanitario per la Provincia di Parma durante le quali, malgrado pareri discordanti, si decise che “tuttavia” il Palazzo di Colorno “si presta sufficientemente bene, né la località vi si oppone, perché non malsana”<sup>2</sup>.

Un mese dopo nel manicomio c'erano centotrentuno malati: settantadue maschi e cinquantanove femmine. Questi vivevano separatamente in due settori a loro volta suddivisi in reparti: agitati, tranquilli, epilettici, infermeria, osservazione e tubercolotici.

Esattamente cinque anni dopo il trasferimento dei malati da Parma a Colorno, fu approvato, con Regio Decreto, un regolamento organico per il manicomio della Provincia di Parma composto di trentatré articoli in cui furono sanciti la sede, lo scopo e le entrate monetarie dell'Istituto. Si stabiliscono le funzioni dell'Amministrazione, della Deputazione, del Direttore, dei Conservatori e degli Impiegati (Medici Divisionali, il Cappellano, l'Economo-Ragioniere e il Commesso-Scrittore); inoltre vengono date disposizioni riguardo agli Inservienti e ai Ricoverati.

Ricovero e cura dei “mentecatti poveri” costituiscono lo scopo dell'Istituto; essi vengono presi “a carico della Provincia medesima”<sup>3</sup> ma possono essere ricoverati “altresì mentecatti non poveri, anche appartenenti ad altre Provincie, (per quella pensione che sarà determinata in

<sup>1</sup> M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, in *Archivio Foucault-2*, p. 248.

<sup>2</sup> “Sul progettato manicomio di Colorno”, Parma: Tip. Giacomo Ferrari e figli, 1872.

<sup>3</sup> “Regolamento organico pel manicomio della Provincia di Parma: approvato con R. Decreto 29 Luglio 1878”, Art. 2.

apposita tabella)<sup>4</sup> e ancora “mentecatti della Provincia , che senz’essere assolutamente poveri, non sieno in grado di corrispondere l’intera pensione, dietro pagamento di una quota proporzionata ai loro mezzi”<sup>5</sup> .

L’acostamento malattia mentale – povertà è una costante dell’istituzione manicomiale e la si può osservare lungo tutto l’arco dell’esistenza dell’Ospedale Psichiatrico Provinciale (O.P.P) di Colorno e nella maggior parte dei casi costituisce la causa del ricovero.

L’Amministrazione del manicomio era affidata alla Deputazione Provinciale, al Direttore, a due Conservatori e agli Impiegati; il ruolo della Deputazione andava dalla cura dei bilanci, dei pagamenti e delle spese alla sorveglianza di tutto il personale, essa poteva, infatti, “sospendere qualunque impiegato” e vigilare “sul buon andamento dell’Istituto”<sup>6</sup>. Il Direttore aveva poi un raggio d’azione ancora più ampio in quanto persona a stretto contatto con tutti quelli che gravitavano attorno al mondo del manicomio: oltre ad occuparsi dell’andamento economico, sorvegliava tutto il personale, medici compresi. Egli prestava la sua assistenza ai ricoverati e presentava “ogni anno una statistica delle varie specie di pazzia, de’metodi usati, delle guarigioni, e dei miglioramenti ottenuti” avvalendosi spesso dell’opera di “que’ medici alunni” che volevano “impraticarsi sulla specialità delle malattie mentali”<sup>7</sup>.

I Conservatori, poi, avevano la funzione di ispezione dell’Istituto e in modo particolare del servizio amministrativo. Strettamente dipendenti dal Direttore erano i Medici - Chirurghi divisionali che assistevano i ricoverati, sorvegliavano i “custodi dei mentecatti” e dovevano assicurarsi che tutto venisse svolto “con esattezza e premura”<sup>8</sup>.

Tra gli impiegati figurava anche un “plurifunzionale” Cappellano che doveva celebrare le funzioni religiose, confortare ed assistere i malati, impartire “l’insegnamento elementare, ed i primi doveri di morale tanto ai ricoverati, quanto ai serventi”<sup>9</sup>.

Questi ultimi, gli inservienti, prestavano la loro opera in qualità di capo e vice sorvegliante per gli uomini, capo e vice sorvegliante per le donne, custodi o infermieri e salariati addetti alla cucina.

In ultimo, il regolamento stabiliva che fossero “ammessi provvisoriamente gli alienati di mente, la cui infermità sia cagione di pericolo, o di scandalo, e che fossero inviati dall’Autorità di sicurezza pubblica”<sup>10</sup>; infatti era il pretore che poteva disporre del ricovero per un mese ma a segnalare l’eventuale ricoverato e chiederne l’internamento in manicomio,

---

<sup>4</sup> *ibidem*, Art. 3.

<sup>5</sup> *ibidem*, Art. 4.

<sup>6</sup> *ibidem*, Art. 7.

<sup>7</sup> *Ibidem*, Art. 9.

<sup>8</sup> *Ibidem*, Art 17.

<sup>9</sup> *Ibidem*, Art 19.

<sup>10</sup> *Ibidem*, Art 27.

tramite un certificato medico, poteva essere chiunque. Chiunque ritenesse un individuo “pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo”. Così recitava la legge del 1904 che, insieme ad altre leggi per lo più del primo Novecento, hanno regolato l’assistenza psichiatrica in Italia fino al 1978, data dell’entrata in vigore della legge 180.

Un quadro molto dettagliato del manicomio di Colorno nei sui primi tre anni di vita può essere ricavato dal primo resoconto statistico-clinico del medico direttore Lorenzo Monti<sup>11</sup>.

La relazione del Monti, il quale adotta la classificazione delle malattie mentali proposta dal Professor Verga, è corredata di dieci tavole attraverso cui, con molta precisione, vengono fornite, prima di tutto, informazioni sul numero, sulla provenienza, sullo stato civile e sociale e sull’età dei ricoverati.

Dalla tavola 2, che fornisce indicazioni sui comuni di provenienza dei malati, emerge che i malati provenienti dalla pianura erano in numero maggiore rispetto a quelli che venivano dalla collina o dalla montagna, un dato che negli anni verrà ribaltato. Per giustificare questo fenomeno, Monti faceva notare che la pellagra e lo scorbuto, cause e forme di alienazione mentale, dominavano maggiormente la pianura. In questo modo contraddiceva la tesi del Lombroso per cui “nei paesi del colle come più abbondano i fervidi ingegni così più frequente è la pazzia, e che nei paesi del piano ciò poi avviene in senso del tutto opposto”<sup>12</sup>,

Vedovi e coniugati erano poi i soggetti più frequentemente affetti da malattia mentale e soprattutto la classe degli agricoltori, questo dato veniva giustificato ancora dall’alta incidenza della pellagra e dalle condizioni di miseria e denutrizione in cui essi vivevano; l’età più fertile per la pazzia era poi quella compresa nella fascia tra i 31 e i 40 anni.

Più interessante è il resoconto sulle cause delle malattie mentali curate nel manicomio e distinte in cause fisiche e cause morali, le prime più frequenti delle seconde.

Tra le cause fisiche il Monti annovera quelle congenite, relative ai problemi della vita fetale, le cause ereditarie, sia dirette sia indirette, l’abuso del vino e degli alcolici, la pellagra, la miseria fisica e morale, l’epilessia, l’abuso dei piaceri sensuali, la vecchiaia nella classe povera, cardiopatie, febbri, insolazioni, traumi, amenorrea e anemie varie.

Le cause morali, oltre al “jolly” della miseria, sono costituite dai patemi, da tutte quelle passioni ed emozioni deprimenti che agiscono sul fisico del soggetto provocandogli “una cronica lesione dell’encefalo *che* lo priva della normale sensibilità del mondo esterno” tanto che se gli viene annunciata la morte di una persona a lui cara “il demente rimane indifferente alla triste novella”<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> “Delle malattie mentali curate nel manicomio di Parma in Colorno dal 29 luglio 1873 a tutto il 1876: primo resoconto statistico-clinico del medico-direttore Lorenzo Monti”, Parma: G.Ferrari e figli, 1877.

<sup>12</sup> *ibidem*, pag. 11

<sup>13</sup> *ibidem*, pag. 27

Amore e gelosia, scrupoli religiosi ed ascetismo, sono le altre cause morali in quanto passioni forti e contraddittorie.

In questa relazione vi è poi una tavola dove sono elencate le forme morbose delle malattie mentali e il numero di recidivi, guariti, migliorati e morti per ogni forma di malattia tra le quali: l'imbecillità, l'idiozia, la mania mite e furiosa, la lipemania, la follia morale e circolare, la demenza e vari tipi di frenosi tra cui l'epilettica, la pellagrosa e l'alcoolica.

A seguire vengono forniti, tramite un prospetto dettagliato, i caratteri antropologici di sette casi di soggetti affetti da imbecillità ed idiozia complicate da altre forme di malattie; per ogni malato vengono resi noti lo stato psichico e corporeo, l'età, il peso, la statura, la craniometria, la configurazione e l'espressione della faccia e la configurazione del cranio.

Di fronte a questo quadro antropologico si può notare che, nella seconda metà dell'Ottocento, la psichiatria e la stessa antropologia erano profondamente influenzate dalle teorie scientifico-razziali della frenologia e della fisiognomica: “Insieme ai poco regolari lineamenti della faccia, che nei diversi gradi di semidiozia si accostano alla deformità, si riscontrano alcune anomalie di struttura corporea, che talvolta fanno rassomigliare gli organismi dei ricoverati alla forma primitiva delle razze inferiori più affini agli antropoidi. Nella semimbecille C., la cui espressione e conformazione della faccia è poco regolare e più simile a quella dei selvaggi, la colonna vertebrale manca d'ogni curva e presenta posteriormente un solo arco convesso”<sup>14</sup>.

Tra i sette casi presentati dal Monti quello di Giovanni, un diciannovenne di Soragna, costituisce senz'altro un esempio interessante per comprendere alcuni meccanismi dell'istituzione manicomiale. Questo ragazzo “di costituzione fisica robusta e senza alcuna predisposizione alle malattie nervose”<sup>15</sup> a causa di una passione amorosa diviene taciturno e solitario e inizia anche a rifiutare il cibo; viene perciò inviato a Colorno dove cominciano per lui insistenti interrogatori e dove, dato il persistente rifiuto del cibo, viene nutrito tramite una sonda esofagea. Intanto gli esami medici riscontravano una perfetta normalità ma, tra miglioramenti e ricadute, il suo stato degenerò in una presunta catalessia per cui il ragazzo se ne stava per molto tempo immobile e ad occhi chiusi non reagendo agli stimoli esterni. Dopo anni di elettroshock, inalazioni di nitrito d'amile e torture varie incominciò a “migliorare” diminuendo gli accessi catalettici ma senza mai guarire completamente e mostrandosi “sempre dominato da idee melanconiche, corrucciato, e talvolta turbolento e minaccioso”<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> *ibidem*, pag. 36.

<sup>15</sup> *ibidem*, pag. 46.

<sup>16</sup> *ibidem*, pag. 47.

Il caso di Giovanni è emblematico per quei casi, e si può affermare per tutti i casi, in cui all'entrata in manicomio per una causa molto discutibile come il "forte patema per amore contrariato"<sup>17</sup> subentrino poi altre malattie, anche queste dalla connotazione discutibile come la catalessia, la lipemania, le frenosi, indotte dal circuito dello stesso manicomio.

La cultura manicomiale, violenta e repressiva, diviene spesso la causa della cronicità della malattia; con troppa facilità, abusando di elettroshock e contenzione, gli individui venivano dichiarati insanabili. La mancata guarigione, in molti casi, era decisa nel momento stesso in cui il paziente varcava il cancello d'entrata del manicomio.

L'ultimo capitolo della relazione del Monti è dedicato al trattamento curativo fisico e morale dei ricoverati; le parole d'ordine sembrano essere: alimentare, ravvivare, sedare e disciplinare. Infatti, l'alimentazione costituiva uno degli elementi portanti della terapia (nella maggioranza dei casi questa gente era denutrita) ed era a base di carne e ricostituenti; per coloro i quali non avevano appetito il cibo veniva somministrato dalle narici così che, tramite l'alimentazione forzata, "non si ebbe mai lo sconforto di perdere nessun ammalato per inanizione"<sup>18</sup>!

Per ravvivare le funzioni nervose affievolite, si utilizzavano l'idroterapia, l'elettricità a corrente interrotta e continua, le inalazioni di nitrato d'amile, le vesciche di ghiaccio in testa e gli infusi di arnica.

Invece, per sedare gli agitati, si faceva ricorso a bagni tiepidi della durata di ore, a irrigazioni fredde sul capo e alla somministrazione di oppio e bromuro di potassio.

Sulla cura morale il Monti si sofferma poco, affermando che il benessere dei ricoverati può venire solo da "quell'azione benefica, che promana da tutte quelle pratiche di ordine, di disciplina e di nettezza dell'intero asilo, in cui essi sono ricoverati"<sup>19</sup>, oltre che dal loro lavoro, dalle loro occupazioni, dagli intrattenimenti e dalle feste all'interno dell'istituto.

Certe idee persistono: nella relazione statistico-sanitaria sul manicomio di Colorno del Direttore Camillo Fochi per l'anno 1883<sup>20</sup>, ancora una volta, sono i contadini la categoria sociale che "sforna" più pazzi tra tutti i ricoverati a causa di una certa predisposizione alle malattie cerebrali. Secondo il Fochi infatti, "la miseria e l'immane lavoro a cui sono condannati"<sup>21</sup>, "l'ignoranza, i pregiudizi e le brutali passioni dei bassi fondi sociali"<sup>22</sup> contribuiscono a creare in loro uno stato psichico anormale.

---

<sup>17</sup> *ibidem*, pag. 46.

<sup>18</sup> *ibidem*, pag. 82.

<sup>19</sup> *ibidem*, pag. 82.

<sup>20</sup> "Sul movimento degli alienati curati nell'anno 1883 nel manicomio provinciale di Parma in Colorno: relazione statistica del Dottor Camillo Fochi direttore sanitario", Parma: G. Ferrari e figli, 1884 (Estratto da: Atti del Consiglio Provinciale di Parma; 1883).

<sup>21</sup> *ibidem*, pag. 10.

<sup>22</sup> *ibidem*, pag. 10.

Nel 1906 la situazione nel manicomio sembra migliorare: c'è una sensibile diminuzione delle ammissioni e dell'incidenza della pellagra; inoltre sembrano esserci miraggi di qualche cambiamento di rotta nel pensiero psichiatrico. Infatti, nella relazione del Dottor Bonatti per l'anno 1906, si legge: “sembra dunque consigliabile il persistere nella pratica delle dimissioni numerose, traendone conforto l'opinione di quegli alienisti, pei quali il pronto ritorno all'ambiente familiare è più favorevole che non la prolungata degenza in manicomio al mantenimento dell'equilibrio psichico”<sup>23</sup>.

Ci sono anche riferimenti alle norme del nuovo regolamento del 1904 per cui i mezzi coercitivi furono ridotti ai soli casi di assoluta necessità. Tuttavia si denuncia l'impossibilità di aderire completamente alla riforma non potendo abolire l'uso delle camicie di forza poiché secondo il Bonatti “in mancanza di esse, troppo grave ne sarebbe il danno economico, a cagione delle irriducibili tendenze distruttive e laceratrici di molti nostri ricoverati, specialmente nel comparto femminile”<sup>24</sup>.

Ma nel corso degli anni le dimissioni si riducono drasticamente e le ammissioni, invece, si fanno sempre più numerose tanto da portare, negli anni 60, il numero dei ricoverati in manicomio a più di mille.

### *“Una rivoluzione d'amore”*

La situazione ereditata nel dopo guerra dal Direttore Tomasi (in carica dal 1948 al 1970) è profondamente disumana. Egli stesso descrive la realtà del manicomio di Colorno come una caserma, un carcere con degli stanzoni poco areati, poco riscaldati e affollati di malati ai quali, tra l'altro, era anche vietato l'ingresso nel parco del Giardino Ducale, unico polmone di ossigeno di dominio pubblico. C'erano inferriate a tutte le finestre; i malati venivano legati e chiusi a chiave nelle stanze e controllati a vista dagli infermieri attraverso degli spioncini.

Mezzi di contenzione, camicie di forza, elettroshock e violenze d'ogni tipo venivano praticati con una certa frequenza su tutti i ricoverati, in particolare sui cosiddetti “agitati”; “nel manicomio, ogni piano, ogni camerona aveva il suo sgabuzzino, in parecchi sgabuzzini c'erano dei bastoni alti che gli infermieri usavano per mandare a letto i malati”<sup>25</sup>.

Al degrado umano a cui erano sottoposti i malati si aggiungeva una condizione di abbruttimento degli infermieri, essi infatti erano educati alla paura e quindi alla violenza, tant'è che venivano assunti in base alla prestanza fisica, all'altezza e alla muscolatura. Era il

---

<sup>23</sup> “Funzionamento dell'Istituto durante l'anno 1906: relazione del medico divisionale dottor Benvenuto Monatti reggente la direzione sanitaria”, pag. 8.

<sup>24</sup> *Ibidem*, pag. 12.

<sup>25</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

manicomio stesso “che produceva la violenza; perciò la scienza e la professionalità non esistevano e allora c’era la repressione”<sup>26</sup>.

Inoltre il numero degli infermieri era molto basso rispetto a quello dei ricoverati, per cui questi erano costretti a turni continuativi di 24 ore. Moltissime persone entravano in manicomio da piccoli e vi trascorrevano tutta la vita; spesso venivano ricoverati per ubriachezza, vagabondaggio e prostituzione, motivi che esulavano dalla malattia mentale ma che rientravano nel discorso dell’esclusione e dell’emarginazione dalla società.

All’interno del manicomio gli individui venivano sottoposti a un processo di progressiva “disculturazione”, un allontanamento dai canoni e dagli usi culturali, e cioè un impoverimento delle loro capacità, della loro personalità e della loro autonomia. Si trattava della perdita di rapporti col mondo esterno, con la propria quotidianità: venivano a mancare le fonti di sicurezza quali la famiglia, il lavoro, gli amici, la libertà di muoversi e di gestirsi gli spazi.

Naturalmente a questo processo ne seguiva un altro: l’acquisizione di una nuova cultura, di un nuovo modo di “esprimersi” che trovava ragione d’essere solo all’interno del manicomio.

Intorno agli anni Sessanta la situazione economica e sociale italiana subisce una rapida trasformazione, il processo di industrializzazione e il boom economico determinano diversi cambiamenti in tutti gli ambiti della società, istituzioni psichiatriche comprese.

Nell’area parmense, soprattutto negli anni tra il 1955 e 1967, in seguito alla crisi economica che investì la zona montana, si verificò uno spostamento consistente della popolazione dalle montagne e dalle campagne verso la città, luogo che questa gente stentava a riconoscere, pagando il prezzo della solitudine e dell’emarginazione.

Il massiccio inurbamento divenne certamente la causa dello sviluppo del disagio, dell’insicurezza, della depressione, dell’ansia e quindi dell’aumento della richiesta psichiatrica.

A questa richiesta la risposta fu ancora una volta l’internamento: l’OPP di Colorno divenne il deposito di bevitori, di anziani soli e ammalati, di emarginati sociali che entravano nel tunnel della rassegnazione psichiatrica, dell’inerzia e della cronicità.

Era un percorso che prevedeva sempre uno stesso andamento nel comportamento del malato: ricovero, recupero, regressione, peggioramento, cronicità.

Nel 1965 il manicomio vede al suo interno 1200 malati curati da 170 infermieri e 4 medici; questa la situazione che si presenta davanti al neo Assessore provinciale alla sanità e ai trasporti, Mario Tommasini. Egli stesso ha dichiarato di essere stato molto spaventato da

---

<sup>26</sup> *Ibidem.*



quella visione, tanto da aver pensato di dimettersi. Poi però si rese conto che “non si poteva amministrare la violenza”<sup>27</sup> e che le cose dovevano essere cambiate.

Le nuove esperienze psichiatriche all’insegna dell’apertura del manicomio al mondo esterno, che si andavano realizzando a Trieste e a Gorizia sotto la Direzione di Franco Basaglia, influirono molto sulla politica sanitaria della nuova Amministrazione provinciale di Parma.

L’esempio friulano fece da battistrada per tutte quelle iniziative di liberalizzazione che furono intraprese dal 1965 in poi; ci furono anche degli incontri tra delegazioni di infermieri e amministratori dell’OPP di Colorno e il personale sanitario, infermieri e degenti dell’ OPP di Gorizia. In particolare nel dicembre 1966 una delegazione di infermieri insieme all’assessore Tommasini si recò a Gorizia per apprendere le novità di una concreta trasformazione del manicomio in senso umano e terapeutico. In questa occasione le due realtà si confrontarono su diverse questioni quali la libertà d’accesso ai familiari nell’ospedale, la separazione dei reparti maschili e femminili, l’esistenza di bar e luoghi ricreativi all’interno dell’istituto, il superamento dei mezzi di contenimento, l’esistenza di reparti chiusi e reparti aperti e le riunioni di comunità a cui partecipavano degenti, direttore, medici e infermieri<sup>28</sup>.

In questo clima, nel 1968, il Ministro della Sanità Mariotti denunciò le condizioni degli ospedali psichiatrici italiani, veri e propri lager di sofferenza e di morte, e tentò la strada della riforma del sistema sanitario provando a mutare l’assetto legislativo che regolava i manicomi. Con la legge 431 si introdusse la possibilità del ricovero volontario e la cancellazione dei ricoverati dal casellario giudiziario<sup>29</sup>. Ma per cambiare le Istituzioni bisognava andare più a fondo, bisognava sconvolgere e destabilizzare.

In questi primi anni la rivoluzione antipsichiatrica intrapresa dall’amministrazione provinciale verso una sempre maggiore liberalizzazione della vita dei degenti e uno sfoltimento del manicomio attraverso la politica delle dimissioni, si scontrò con la Direzione dell’OPP che non vedeva di buon occhio le esperienze più avanzate ed era sempre rassegnata a quell’idea di pericolosità del malato tanto cara alla psichiatria tradizionale.

La Giunta social-comunista approvò le proposte di Tommasini quali la riduzione dell’orario di lavoro degli infermieri e 22 nuove assunzioni; inoltre venne nominata una Commissione tecnico-sanitaria per lo studio dei problemi dell’assistenza psichiatrica e per la ricerca di soluzioni concrete. Da quest’esperienza nacque l’associazione “Che cos’è la psichiatria?” che diede il nome ad un libro curato da Franco Basaglia in cui furono raccolte le prime

---

<sup>27</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

<sup>28</sup> Franco Basaglia, “Che cos’è la psichiatria?”, Milano, Baldini & Castaldi, 1997.

<sup>29</sup> Giovanni Braidì, Bruno Fontanesi, “Se il barbone beve...: cronache e documenti di un’esperienza psichiatrica a Parma”, Parma: Libreria Feltrinelli, 1975.

esperienze, le testimonianze e i dibattiti attorno alla nuova coscienza di un modo diverso di gestire la psichiatria.

A livello pratico si realizzarono nuove spese per l'OPP di Colorno: acquisti di accessori per migliorare la vita all'interno dell'istituto come sedie, armadi, un proiettore cinematografico, un impianto di riscaldamento con termosifoni, effetti personali come calze, fazzoletti ecc.

I malati cominciarono ad uscire dal manicomio per recarsi a lavorare nella prima fattoria nata a Vigheffio nel 1968, un luogo che rappresentava per il malato la possibilità tangibile di vivere rapporti interpersonali, di riacquisire la propria identità, la propria autonomia, di riprendersi la libertà che anni e anni di reclusione nel manicomio avevano cancellato.

La nascita di questa fattoria avvenne nella prospettiva di un'emancipazione della psichiatria in senso comunitario e collettivistico attraverso la convivenza dei malati con il territorio, con gli abitanti del paese e con i bambini delle scuole materne di Parma che al mattino andavano a giocare nel parco giochi della fattoria di Vigheffio.

“Matti e bambini avevano sconvolto la città”<sup>30</sup>, la fattoria fu un mezzo per dimostrare che i malati potevano vivere in libertà, lavorare e convivere con i bimbi; da tutto il mondo venivano a visitare quella fattoria che aveva messo in crisi – o per lo meno cominciava a farlo – la convinzione che il malato fosse un individuo pericoloso da relegare in uno spazio lontano, in un mondo a sé che era quello del manicomio.

Questa esperienza favorì le prime dimissioni dall'ospedale nella fattoria; queste persone, che prima passavano la loro giornata a lavorare a Vigheffio e poi la sera facevano ritorno a Colorno, passarono gradualmente dallo status di pendolari a quello di abitanti della fattoria continuando ad essere assistiti dagli operatori.

Sulla scia di Vigheffio nacquero diversi laboratori protetti come l'Azienda Artigiana Provinciale nel quartiere Oltretorrente di Parma, la cooperativa “NOI” e la “8 marzo” a Borgo Felino.

Le attività lavorative svolte nell'Azienda Artigianale miravano a uno sbocco più o meno immediato sul mercato del lavoro; si producevano scope, pilastri stradali in cemento, mobili e negli altri laboratori come la cooperativa “8 marzo” si svolgevano attività tipicamente femminili come il cucito, la stireria e la confezione di vestiti. A proposito della cooperativa delle donne a Borgo Felino Tommasini ricorda: “loro riparavano gli indumenti dei malati del manicomio, stiravano e cucivano le lenzuola; in questa cooperativa i vicini venivano a farsi riparare i pantaloni, le camice, mi ricordo che c'era una donna che abitava vicino a Borgo Felino che portava i suoi indumenti, indumenti fini, diciamo, e una delle donne della

---

<sup>30</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

cooperativa diceva: “ma io ho paura signora, è di seta questa qua!”. Morale: noi abbiamo capito che si potevano fare delle cooperative che avevano anche un reddito, abbiamo capito che questa gente nel lavoro migliorava”<sup>31</sup>.

Il lavoro di cui parla Tommasini non è semplicemente la tradizionale terapia del lavoro, l’ergoterapia adottata da decenni nei manicomi, ma un modo tutto nuovo di gestire la malattia. Al tradizionale sfruttamento del lavoro dei degenti si contrappose la possibilità di socializzazione del malato attraverso il contatto socio-culturale con la città.

Infatti, inizialmente non fu il lavoro in sé per sé a riabilitare queste persone ma l’incontro con la città e con gli stimoli che ne provenivano, la necessità di adeguarsi e di riadattarsi ad un fuori che questa gente non conosceva: imparare a vivere la città rispettando semafori, frequentando bar, facendo la spesa e riapprendendo l’uso del denaro.

Il problema della follia cominciava così ad uscire fuori dagli ospedali e dai discorsi degli psichiatri diventando un problema della comunità e andando ad intaccare quegli spazi che la società aveva sempre cercato di difendere dallo “scandalo” della malattia mentale.

Naturalmente queste esperienze coinvolsero gli infermieri e gli operatori i quali dovettero reinventarsi il loro mestiere imparando insieme ai malati e riabilitando le loro capacità professionali e umane che la cultura manicomiale aveva distrutto. Tommasini a questo proposito ha affermato: “quando diciamo che abbiamo liberato i matti, abbiamo liberato anche gli operatori, abbiamo liberato la scienza e la libertà di queste persone”<sup>32</sup>.

Le fattorie e i laboratori protetti costituivano inoltre un primo punto d’arrivo per quei giovani handicappati o per ragazzi senza famiglia che provenivano da Istituti per minori e che prima in via sperimentale, poi in maniera definitiva, venivano assunti nelle fabbriche della zona.

Intanto il clima culturale italiano di fine anni Sessanta, che vedeva l’acuirsi delle lotte operaie e studentesche e un generale spostamento politico-culturale verso sinistra, si indirizzava verso la formazione di una nuova coscienza pubblica sulle condizioni d’arretratezza del sistema sanitario e sulla disumanità delle istituzioni psichiatriche.

Anche gli infermieri di Colorno, venuti a contatto con le nuove tendenze antipsichiatriche, cominciarono a rifiutare il manicomio nella sua brutalità e durante uno sciopero, proclamato contro la Prefettura a causa di mancate assunzioni nel personale, sfilarono per le strade di Parma mostrando alla gente camice di forza, mezzi di contenzione e facendo dimostrazioni pratiche di come si legava un malato quando era agitato. Gli infermieri chiedevano una migliore assistenza per i degenti, una trasformazione delle strutture e dei sistemi terapeutici.

---

<sup>31</sup> *Ibidem.*

<sup>32</sup> *Ibidem.*

Il Movimento studentesco, intanto, si batteva contro la medicina di classe, le discriminazioni nella carriera medica e nel sistema sanitario nazionale, autoritario e classista.

Nel 1968 la contestazione degli studenti raggiunse anche Colorno: in seguito all'occupazione della Facoltà di Medicina di Parma, un gruppo di giovani studenti incontrò Mario Tommasini e la sua commissione scientifica. In questo modo vennero a contatto con la nascente antipsichiatria e con la realtà del manicomio di Colorno; fecero la conoscenza di degenti, infermieri e medici e riscontrarono nella durissima e violentissima realtà di questa istituzione la traduzione concreta delle loro proteste. Criticavano lo scopo custodialistico e non terapeutico dell'istituzione manicomiale, la presenza di rapporti gerarchici e autoritari tra medici e infermieri e degenti, la violenza insita in quel sistema.

La psichiatria era criticata in quanto scienza incapace di curare e di offrire risposte alternative allo squallore del manicomio.

Nell'ottica di questa contestazione, il manicomio diveniva il simbolo della discriminazione di classe in quanto luogo destinato alla gente povera che veniva etichettata, con una certa non curanza, schizofrenica o oligofrenica. Erano essenzialmente diagnosi per poveri che si rivelarono poi scorrette durante gli anni della riabilitazione e delle dimissioni<sup>33</sup>.

### ***35 giorni d'occupazione***

L'impatto con la realtà manicomiale e la conoscenza approfondita dei problemi, delle persone e delle pratiche psichiatriche del tempo, portarono la protesta studentesca a sfociare nell'occupazione dell'OPP di Colorno. Il 2 febbraio 1969 in seguito a un'assemblea tenutasi in un reparto del manicomio, a cui parteciparono studenti, infermieri, amministratori e familiari dei degenti, gli studenti presero possesso di alcuni spazi dell'ospedale e li occuparono per 35 giorni.

Alla base della protesta c'erano precise richieste: "un nuovo rapporto tra ammalati e personale sanitario, il superamento delle regole rigide dell'ospedale psichiatrico e della discriminazione

---

<sup>33</sup> In merito alle diagnosi generiche di schizofrenia e oligofrenia, Mario Tommasini racconta, nell'intervista, la storia di Elisa una donna sui 35 anni dichiarata schizofrenica. Nel 1969 viene dimessa dal manicomio e va a lavorare a Firenze presso una famiglia agiata come donna di servizio; a un certo punto la coppia ha un bambino a cui lei si affeziona e presta sempre molte attenzioni mentre svolge i suoi lavori in casa. I genitori del piccolo vedendo che anche il bambino è molto affezionato ad Elisa le propongono di fargli da baby-sitter sostituendola con un'altra donna per le pulizie di casa. Elisa sente l'esigenza di avvertire i due giovani della sua ventennale permanenza in Istituto perché considerata schizofrenica, ma questi, conoscendola ormai da due anni e osservando la dolcezza e la premura con cui ella guarda il piccolo, le dicono di rimanere ugualmente presso di loro.

economica e di classe proprie di una società capitalistica , una nuova gestione più partecipata e democratica del manicomio e l'applicazione della recente legge Mariotti"<sup>34</sup>.

Inoltre a livello più pratico essi proponevano "la formazione di gruppi di studio, lo sdoppiamento dell'Ospedale psichiatrico mediante la creazione di un settore universitario gestito collegialmente da docenti e studenti, l'approfondimento dialettico della terapia del lavoro e di quella delle comunità terapeutiche già sperimentate da Basaglia"<sup>35</sup>.

L'occupazione fu vissuta attivamente anche dall'assessore Tommasini il quale, ricordando quei 35 giorni, racconta: "noi facevamo l'assemblea dei malati al mattino e organizzavamo la vita del manicomio: che funzionasse la cucina, il guardaroba, la portineria, la sorveglianza, ecc. Sono stati gli unici 35 giorni dove non s'è mai ammazzato nessuno e non s'è mai picchiato nessuno, perciò è stato un grande insegnamento. Tutte le sere partivano dal manicomio decine di giovani con decine di malati a far dibattiti nelle chiese, nelle fabbriche nei quartieri, all'università con il rettore; è stato un dibattito che ha investito tutta la provincia. E io facevo parlare i malati, andavo ai consigli comunali e dicevo "Dai, parla tu Luigi!" e la gente vedeva i malati; non vedeva più i fantasmi"<sup>36</sup>

C'era una forte volontà di far conoscere e di rendere pubblica l'arretratezza in cui giaceva il manicomio; la gente comune, la stampa, i partiti politici esprimevano le loro opinioni a riguardo favorendo o attaccando gli occupanti.

Tra i partiti politici chi appoggiò in pieno l'occupazione fu il PCI che vedeva la difesa del diritto alla cura come un momento della lotta di classe e che contrapponeva l'ospedale, in quanto luogo per poveri e lavoratori, alle cliniche private ad uso esclusivo dei ricchi.

L'azione degli occupanti fu contrastata dalla DC, nonostante appoggiasse l'idea della necessità di una riforma, dal MSI e dai sindacati, ad esclusione della CGIL.

Anche all'interno dell'Ospedale la situazione non era omogenea: l'occupazione spaccò il corpo infermieri, molti elaborarono insieme agli studenti l'ipotesi di una gestione democratica del potere basata sul rifiuto dell'autoritarismo dei medici<sup>37</sup>. Altri invece criticarono l'occupazione perché secondo loro aveva creato scompiglio e generato inquietudine e instabilità tra i ricoverati all'interno del manicomio.

---

<sup>34</sup> "Pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo": l'occupazione del Manicomio di Colorno: una lotta contro la violenza istituzionalizzata/ di Itala Rossi in "Parma dentro la rivolta: tradizione e radicalità nelle lotte sociali e politiche di una città dell'Emilia rossa, 1968-1969", Milano: Punto Rosso, stampa 2000. pag. 187.

<sup>35</sup> *Ibidem*, pag. 185.

<sup>36</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

<sup>37</sup> Riguardo questa collaborazione tra studenti e infermieri Tommasini ricorda: "l'infermiere insegnava allo studente come fare il sociologo, lo studente insegnava all'infermiere come si trattava la persona". Intervista a Mario Tommasini , Parma 28 luglio 2004.

A favore dell'occupazione, fin dai primi giorni, furono i degenti i quali firmarono una mozione approvata all'unanimità che prevedeva diverse richieste. I malati rivendicavano la partecipazione alla gestione dell'ospedale, reclamavano il diritto di riunirsi in assemblea liberamente, uomini e donne, e di ottenere le porte aperte. Si chiedevano, inoltre, le dimissioni di tutti i degenti in buono stato di salute, l'eliminazione della sveglia alle 6 del mattino e la possibilità di uscire durante la giornata.

I familiari dei degenti si schierarono a fianco degli studenti e ne appoggiarono pienamente le lotte da essi intraprese.

Gli abitanti di Colorno erano in larga misura ostili all'occupazione, poiché essa costituiva una minaccia all'esistenza di quella grande azienda che dava da lavorare a molti: il manicomio. A riprova di questo dissenso, "nel 1973 il PCI perse il 6.50% a Colorno"<sup>38</sup>, la loro "FIAT" era stata smontata.

Ciò che determinò la fine dell'occupazione fu il clima che si venne a creare in seguito alla controoccupazione e all'assalto di un gruppo di fascisti; in aggiunta questo clima fu appesantito dai numerosi attacchi della stampa, in particolare della Gazzetta di Parma, a Tommasini e agli occupanti.

La decisione di controoccupare fu presa da un gruppo di infermiere, appoggiato probabilmente dal direttore, dai primari e dalle suore e, sebbene della durata di un paio d'ore, quest'azione influì molto sull'unità degli infermieri. C'era la volontà di interrompere con un gesto forte l'occupazione: la sera del 4 marzo fece irruzione nel manicomio una squadra di fascisti che, armata di bombe molotov, spranghe di ferro e lanciarazzi, devastò la portineria dell'Ospedale, incendiò del mobilio e ferì alcuni occupanti.

Pochi giorni dopo si annunciò la sospensione dell'occupazione a mezzo di un documento con cui si denunciava che "l'aggressione fascista del 4 marzo, organizzata e voluta da forze interne ed esterne all'OPP, ha chiarito a tutti il significato e la portata di questa lotta, ogni volta che i lavoratori, gli studenti, colpiscono un punto vitale del sistema, esso mette in opera tutti i suoi strumenti repressivi fino alla violenza più brutale"<sup>39</sup>.

Fu reso pubblico un altro documento nel quale gli occupanti esponevano i dati relativi a una ricerca condotta da loro sulle cartelle di 862 ricoverati: risultò che i malati erano quasi tutti poveri e nati in famiglie numerose, la maggior parte era analfabeta e proveniva dalle zone più povere quali la montagna e la Bassa parmense e appartenevano per lo più alla classe contadina ed operaia.

---

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

<sup>39</sup> Giovanni Braidì, Bruno Fontanesi, "Se il barbone beve...: cronache e documenti di un'esperienza psichiatrica a Parma", Parma: Libreria Feltrinelli, 1975. pag. 42.

Il 9 marzo l'occupazione finì e gli studenti lasciarono Colorno. Questi 35 giorni furono un'esperienza importantissima, un momento essenziale nella lotta al manicomio: l'occupazione fu un modo di raccontare gli orrori di questa istituzione, di svegliare le coscienze delle persone richiamando la loro attenzione sulla necessità di agire nel benessere di tutta quella povera gente che il manicomio aveva per anni discriminato.

E' chiaro che l'opera di trasformazione dell'Ospedale psichiatrico non derivò dall'occupazione ma, come si è visto, dall'azione rivoluzionaria che l'amministrazione provinciale, gli infermieri e i familiari dei degenti avevano intrapreso qualche anno prima. Tuttavia essa contribuì largamente ad inserire la lotta al manicomio nel discorso della lotta allo sfruttamento e alle discriminazioni di classe, collegandola "a quelle in atto nelle fabbriche, nelle scuole, per una radicale trasformazione della società"<sup>40</sup>.

Tommasini rintraccia nelle conseguenze dell'occupazione il raggiungimento di due obiettivi: essa fece "conoscere a tutta Italia le condizioni di vita dei malati di mente"<sup>41</sup> e fu "la dimostrazione che i malati di mente potevano addirittura gestire il manicomio perché per 35 giorni erano scappati metà degli infermieri e tutti i medici"<sup>42</sup>.

Grande merito dell'occupazione fu quello di rivelare gli aspetti più crudi del manicomio a una società poco o per nulla informata sugli orrori da essa stessa prodotti; generò fratture, polemiche e avversità ma segnò sicuramente il punto di non ritorno della psichiatria tradizionale.

Poco dopo la fine dell'occupazione, Franco Basaglia fu chiamato a dirigere l'OPP di Colorno.

### ***Lavoro, Casa, Socialità.***

Il passo successivo all'occupazione dell'OPP di Colorno fu quello compiuto dal brefotrofia di Parma, istituzione che raccoglieva i neonati abbandonati fino al compimento dei 3 anni di vita.

Dai 3 agli 8 anni questi bambini passavano poi ad un altro istituto simile e successivamente trasferiti ad un altro istituto fino ai 18 anni. Il passaggio da un centro ad un altro era continuo "tant'è che questi ragazzi erano disadattati e spesso andavano a morire in manicomio"<sup>43</sup>.

Nel 1970 Mario Tommasini, coinvolgendo le forze cattoliche e laiche della città, occupò il brefotrofia bloccando il progetto nazionale che prevedeva per quell'anno l'aumento dei posti letto da 60 a 180. Il brefotrofia iniziò ad essere svuotato fino a cancellare il ricorso a questa

---

<sup>40</sup> *Ibidem*, pag. 42.

<sup>41</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

<sup>42</sup> *Ibidem*.

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

pratica; furono contattate le mamme dei 60 bambini del brefotrofia, la maggior parte delle quali, a seguito dell'iniziativa dell'Amministrazione provinciale di trovare loro una casa ed un lavoro, riprese con se il proprio bambino. I ragazzi dati in affidamento ad altre famiglie furono pochi.

Sensibile alla lotta contro quest'istituzione fu Don Raffaele Dagnino, allora parroco dell'Oltretorrente di Parma e caro amico di Tommasini; Don Dagnino partecipò attivamente alla chiusura del brefotrofia coinvolgendo anche i suoi fedeli: “donne qui abbiamo il brefotrofia, io e questo ragazzo andiamo per le feste natalizie e convochiamo le mamme dei bambini ma poi dobbiamo darli in affidamento, perciò voi che avete i calli alle ginocchia a furia di stare inginocchiate, state meno inginocchiate e venite ad aiutarci”<sup>44</sup>.

Intorno al discorso sui minori nacque un vasto movimento culturale contro le classi differenziali e le scuole speciali che vennero così abolite; la lotta contro la discriminazione e l'istituzionalizzazione dei ragazzi più deboli si estese anche al carcere minorile della Certosa di Parma dal quale uscirono 40 ragazzi per tornare alla scuola e al lavoro.

Inoltre negli anni 1972-1973 225 giovani portatori di handicap furono inseriti nel mondo del lavoro, attraverso un progetto realizzato grazie anche al sostegno della Comunità Economica Europea che venne denominato “Progetto Pilota per l'Europa”.

Nei primi anni Settanta incominciò una massiccia opera di dimissioni dal manicomio di Colorno; si cercò di liberare il maggior numero possibile di ricoverati mettendoli a contatto con la realtà esterna e le sue contraddizioni nella certezza che quest'impatto risultasse terapeutico e riabilitativo.

L'inserimento nel mondo del lavoro, ad esempio, portò gli ex ricoverati a conoscenza di un mondo, come quello della fabbrica, in cui essi venivano oggettivati come lavoratori e per questo vivevano la contraddizione della classe operaia. Queste persone non erano più soltanto i “folli” che in rapporto al mondo esterno vivevano la contraddizione nei termini di normalità-anormalità; con l'entrata nella fabbrica essi si trovavano inglobati in un mondo, anch'esso vittima di discriminazioni sociali, che stava attuando la sua lotta, la lotta operaia.

Inizialmente, a causa del retaggio della cultura manicomiale ancora molto forte, gli ex degenti mostravano dipendenza dai capi, paura di associarsi, di iscriversi al sindacato, senso di colpa per gli scioperi, paura di perdere le giornate a causa delle malattie, ecc., ma con il tempo il passaggio dai laboratori protetti alle fabbriche fu, per molti, un salto di qualità per il

---

<sup>44</sup> *Ibidem.*



reinserimento nella società<sup>45</sup>. In quegli stessi anni, gradualmente, 700 dimessi andarono a vivere in 250 appartamenti nella città o in provincia.

L'inserimento nei quartieri cittadini portò queste persone a conoscenza di una realtà profondamente cambiata, la città, e tutti i problemi ad essa collegati. Infatti gli ex degenti, anziani, pensionati e disoccupati erano accomunati dagli stessi problemi di solitudine e della difficoltà a ritrovarsi nello spazio cittadino. Per affrontare certi problemi come la solitudine e le ristrettezze economiche, gli ex ricoverati si organizzavano insieme per il vitto e il bucato, dando vita a convivenze stabili e positive. L'amministrazione provinciale sostenne economicamente i dimessi attraverso dei sussidi, coinvolgendo persone come l'industriale Salvarani il quale volle provvedere gratuitamente all'arredamento di oltre cento appartamenti e contribuì, inoltre, al rilancio della fattoria.

Intanto, col passare degli anni, la progressiva strutturazione delle fattorie in unità autonome comportò una trasformazione nella loro funzione: esse passarono da luogo di transito verso soluzioni alternative a residenze stabili. Queste strutture finirono per diventare comunità o case protette in cui la dipendenza dall'assistenza degli operatori psichiatrici fu sempre molto forte e l'acquisizione della propria autonomia sempre molto difficile.

“I malati che abbiamo messo nelle fattorie, nelle comunità protette se non sono morti, se non li hanno messi negli ospizi, sono ancora la cronici”<sup>46</sup>, ricorda Tommasini; fu un errore dettato dall'inesperienza, “non c'era l'esperienza, ma chi mai al mondo ha chiuso un manicomio?”<sup>47</sup>.

“Noi, su 1100 persone, 700 le abbiamo messi negli appartamenti; la maggioranza di questi sono usciti dai circuiti assistenziali perché la casa è libertà, autonomia, sicurezza, protezione...”<sup>48</sup>; la casa risponde meglio alle esigenze di queste persone: il bisogno di vivere i propri sentimenti, l'affettività, la tenerezza, l'amore, la sessualità, la possibilità di tornare a vivere nel proprio quartiere, nel proprio paese e di poter vivere con gli altri. Inoltre gli appartamenti erano e sono (perché queste soluzioni alternative al ricovero sono tutt'ora presenti sul territorio) adeguati alle diverse utenze; l'assistenza personalizzata e non standardizzata.

Queste esperienze furono la dimostrazione che bisognava guardare dietro la malattia, che per fare una diagnosi corretta occorreva spingersi oltre e trovare la persona; senza mai negare l'esistenza della malattia mentale, anzi sottolineandone la necessità della cura e della

---

<sup>45</sup> Giovanni Braidì, Bruno Fontanesi, “Se il barbone beve...: cronache e documenti di un'esperienza psichiatrica a Parma”, Parma: Libreria Feltrinelli, 1975.

<sup>46</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

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

<sup>48</sup> *Ibidem*.

prevenzione, si dimostrò che la malattia è parte del territorio e che per essere curata non deve essere strappata dal suo ambiente ma curata al suo interno.

E' questa una certezza che ha fornito i presupposti per i nuovi progetti di assistenza realizzati nella provincia di Parma ed estesi anche ad anziani e disabili; nel corso degli anni, infatti, l'amministrazione provinciale ha finanziato appartamenti in paesi della montagna e della campagna e ha portato avanti progetti per favorire lo sviluppo economico di questi posti.

Oggi insieme alla lotta per il superamento delle case di riposo si sta anche cercando di contrastare la globalizzazione attraverso lo sfruttamento delle "ricchezze povere" cioè di quei prodotti e di quelle attività che appartengono al territorio parmense. Tra le iniziative per i disabili l'utilizzo della "domotica", un particolare tipo di arredamento che serve a rendere vivibili gli appartamenti, rappresenta la possibilità per queste persone di vivere la casa nel modo più semplice possibile.

L'esempio di Parma è stato illuminante per tutta l'Italia e per certi aspetti anche per l'Europa: la spiegazione sta sicuramente nel fatto che in questa città le persone hanno potuto vivere un'esperienza di trasformazione sociale tale da formare una nuova cultura in fatto di assistenza e solidarietà ma tale anche da generare una diversa sensibilità nei confronti della follia.

### ***"Matti da slegare": una testimonianza sul grande schermo***

Nel 1974 l'Amministrazione Provinciale commissionò un film sull'esperienza parmense a Marco Bellocchio; Mario Tommasini ha raccontato così quest'avvenimento: "io ho chiamato Bellocchio e gli ho detto: "sono un assessore di provincia e vorrei fare un film coi malati"<sup>49</sup>, i due si sono incontrati in autogrill per parlare di questo progetto ma la prima risposta del regista fu un "Tommasini, è tardi, io devo andare".<sup>50</sup>

Qualche giorno più tardi, però, Tommasini ricevette una telefonata in cui Bellocchio diceva di voler andare a Parma per conoscere la situazione. La sua visita a Parma, a Colorno e ai paesi della provincia dove erano sorte le nuove strutture, durò una settimana; accompagnato dagli operatori visitò le fattorie, gli appartamenti e le comunità, parlò con decine e decine di malati e alla fine decise di fare il film.

L'unico avvertimento da parte di Tommasini fu: "Tu fai il film però sia chiaro che io non voglio nessuno psichiatra e nessun infermiere, altrimenti il film non si fa!"<sup>51</sup>. In seguito ci fu una lunga discussione sulla necessità di far parlare i malati invece che gli psichiatri: "abbiamo

---

<sup>49</sup> *Ibidem.*

<sup>50</sup> *Ibidem.*

<sup>51</sup> *Ibidem.*

incominciato a parlare al pomeriggio nel mio ufficio giù al pian terreno, c'erano gli infermieri e tutti i compagni; siamo stati dentro in ufficio sino al mattino alle tre o alle quattro a discutere, alla fine mi ha detto “ Guarda Tommasini, mi hai convinto facciamo il film senza medici” e abbiamo fatto il film”<sup>52</sup>.

Il film fu realizzato da Marco Bellocchio con la collaborazione del regista Silvano Agosti e di altri due cineasti Sandro Petraglia e Stefano Rulli; la prima versione del film, girato in 16 millimetri, si chiamava “Nessuno o tutti” (da una poesia di Bertold Brecht) e aveva una durata complessiva di 3 ore. Questa versione venne poi ridotta, per ragioni di distribuzione, a un'edizione, in 35 millimetri, della durata di 100 minuti che portava il titolo della seconda parte del documentario e cioè “Matti da slegare”.

Silvano Agosti impiegò quasi nove mesi per il montaggio della seconda versione; il materiale filmato era abbondante e occorre del tempo per trovare una forma che non tradisse il lavoro precedente.

La decisione di escludere psichiatri, psicologi e infermieri fu effettivamente rispettata in quanto il film privilegia la testimonianza diretta di alcuni ragazzi passati attraverso vari istituti e dichiarati irrecuperabili, raccontando il loro passato, la loro infanzia sfruttata, le loro misere vicende familiari e l'arretratezza dell'Appennino Emiliano; racconta inoltre le condizioni di vita dei malati di mente e le loro nuove possibilità di inserimento nella società.

Questo film non può essere definito solamente un documentario nella sua accezione più classica che richiede un certo distacco dall'oggetto e una semplice funzione informativa, ma una testimonianza, una denuncia che, esposta senza troppe mediazioni, lascia parlare la realtà abbandonando la pretesa di una descrizione oggettiva.

In “Matti da slegare”, infatti, i lunghi racconti “dal vero” dei protagonisti davanti alla macchina da presa sono raramente accompagnati da spiegazioni ufficiali e gli stessi registi interagiscono con i protagonisti senza mai invadere e prevaricare ma stimolando risposte e racconti.

Le tematiche affrontate nel documentario sono molteplici e gli spunti di riflessione altrettanti; il momento della riflessione non avviene esclusivamente alla fine del film ma durante tutta la sua durata poiché attraverso le diverse testimonianze di sofferenza e discriminazione lo spettatore prende gradualmente coscienza del problema della malattia mentale, dell' handicap, della povertà e della stretta connessione tra questi mali e la società contemporanea.

Le storie narrate nel primo tempo del film sono quelle di tre ragazzi, Paolo, Angelo e Marco e sono storie di istituzionalizzazione ed emarginazione; sono esempi emblematici di una prassi

---

<sup>52</sup> *Ibidem.*

collaudata che vedeva l'inserimento dei bambini o dei ragazzi provenienti da situazioni difficili nei brefotrofi, negli istituti correttivi e nei manicomi. I racconti dei ragazzi sono inframezzati da quelli di Angela, un'assistente dei minori, dagli insegnanti di Paolo e dall'assessore Tommasini; anche le madri sono coinvolte, raccontano le loro vite sfortunate e parlano dei loro figli.

Il film si apre con una chiara denuncia agli istituti per minori e allo sfruttamento sul lavoro che questi minori sono costretti a fare per conto di padroni ignoti.

Paolo è un bambino molto intelligente e vivace che ha trascorso alcuni anni in Istituto, successivamente viene accolto al Montagnana, un centro che si occupava di raccogliere i bambini usciti dagli Istituti e inserirli poi nelle scuole o nel mondo del lavoro. Il suo impatto con la scuola è molto violento e vissuto in un rapporto di inferiorità verso i suoi compagni che sfocia in comportamenti aggressivi ed egocentrici. Nella discussione affrontata in classe con i suoi compagni Paolo mostra una maturità sconvolgente rispetto ai discorsi degli altri ragazzini. Il rapporto con sua madre è molto conflittuale; questa donna si ubriaca spesso e si è sposata più volte, ha mandato suo figlio in Istituto perché non poteva crescerlo in casa, era sola, lavorava tutto il giorno e in più aveva un anziano in casa da accudire. La Provincia ha, poi fatto in modo, tramite sussidi, che la madre riprendesse con sé il figlio. Paolo vorrebbe lasciare la scuola per andare a lavorare, ma non può perché non ha ancora l'età giusta; la sua insofferenza verso la scuola lo porta a chiudersi e a non voler parlare di quello che succede a casa sua.

La storia di Angelo, fervente comunista, racconta quella della montagna, un'area povera e depressa che ha fornito agli Istituti e al manicomio il più alto numero di ricoverati. E' una storia di povertà che passa attraverso la dolcezza di una madre, costretta a causa delle misere condizioni di vita a mettere Angelo, figlio illegittimo, nel brefotrofio. Comincia così il passaggio del ragazzo da un istituto all'altro. La montagna presentava una serie di difficoltà come il trasporto dalle frazioni ai centri più grandi, la mancanza di lavoro, l'emigrazione, che rendeva impossibile alle famiglie più povere la possibilità di crescere da soli i propri figli.

“Età reale anni sei, età mentale anni tre, quoziente intellettivo 0.55; il bambino quindi non può trarre alcun profitto dalla frequenza di una scuola normale, in considerazione anche della sua situazione familiare riteniamo che sia consigliabile un ricovero in Istituto per deboli mentali parzialmente recuperabili”<sup>53</sup>; questo, per qualcuno, è Marco.

La sua storia come quella di tanti altri ragazzi parte dall'infanzia; viene messo in uno degli istituti più atroci: la Sacra Famiglia di Cesano Boscone, una struttura che comprendeva la

---

<sup>53</sup> “Matti da slegare”, Marco Bellocchio, Silvano Agosti, Sandro Petraglia, Stefano Rulli, 1976.

scuola, l'ospedale e anche un bel cimitero. I bambini entravano in quest'istituto, crescevano tra violenze e sfruttamento e marcivano lì dentro fino alla sepoltura.

La madre di Marco racconta che quando andò a trovarlo in istituto si accorse che lì dentro “c'erano i matti”<sup>54</sup>, camice di forza, ragazzi che urlavano, dopo qualche giorno fece uscire suo figlio dall'istituto.

Il centro Montagnana si è preso cura di Marco aiutandolo a superare le sue frequentissime crisi depressive (tentò anche di suicidarsi con la trielina) e fornendogli un lavoro come manovale e la possibilità di imparare a leggere e a scrivere. Una dimostrazione di come nella realtà parmense il concetto di irrecuperabilità è stato superato.

La madre di Marco racconta la sua difficile storia di bambina, messa fuori casa fin da piccola, che per vivere ha dovuto fare per qualche anno la prostituta; di suo marito, dal quale si è separata, un delinquente ubriacone che tiene con sé la loro figlia facendole fare la vita.

Il passato e il presente sono raccontati da questa piccola donna con parole accese ed espressive che coinvolgono e commuovono chi l'ascolta.

La realtà degli istituti religiosi viene raccontata poi dal tentativo, da parte dei registi, di entrare in questi posti, come l'Istituto Santa Maria delle Suore Chiappine e l'Istituto Privato Biondi per filmare i bambini all'interno.

Ma le suore, senza addurre qualsiasi tipo di motivazione, si rifiutano di far filmare anche solo degli stanzoni vuoti; è un rifiuto che parla chiaro: bisogna tenere nascosto l'orrore di questi luoghi ai registi e a tutto il mondo.

In questo modo l'Istituto si racconta da solo, non c'è neanche più bisogno di vedere realmente quelle stanze, si intuisce che dietro quelle porte bianche ci sia la violenza disciplinata, la vergogna della reclusione. E' un segno di chiusura di una parte della Chiesa di fronte al cambiamento, è l'espressione di un mondo autoritario...

I discorsi sulla Chiesa prendono forma attorno a un tavolo dove sono seduti Marco, Angelo e un prete fortemente anticomunista che cerca di minimizzare e quasi di negare le violenze riscontrate in questi Istituti religiosi accusando i ragazzi di farsi manovrare dai politici di sinistra che vogliono spostare il discorso dell'assistenza sul piano della lotta politica.

L'azione svolta dai religiosi negli anni di trasformazione del manicomio non è stata univoca: un esempio come quello di Don Dagnino e il suo impegno nella chiusura del brefotrofio è indicativo di una parte della Chiesa che si è adoperata nella lotta alla discriminazione portata avanti dall'Amministrazione provinciale. Nonostante il diverso orientamento politico, nell'intervista Mario Tommasini si è espresso in questo modo: “La Chiesa è contraddittoria

---

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

com'è contraddittoria la società odierna: noi dobbiamo vivere dentro alle contraddizioni; il clero era così però anche dentro al clero c'erano delle persone che sentivano che le cose andavano cambiate, noi non dobbiamo precluderci nessuna strada. (...) La nostra lotta è stata sempre trasversale"<sup>55</sup>.

Dalle discussioni che gli autori affrontano con i soli ragazzi, emergono tematiche come l'esperienza dell'omosessualità che alcuni di loro hanno vissuto negli Istituti e i rapporti sessuali con delle prostitute. All'interno dell'istituto la sessualità si manifesta come un meccanismo che produce rapporti di potere e di gerarchia tra i ragazzi stessi; l'omosessualità diviene un rito a cui quasi tutti si sottopongono. Le esperienze sessuali vissute con delle prostitute e incoraggiate da un operatore del Montagnana, vengono giudicate negativamente dai ragazzi poiché prive della possibilità di stabilire veri "contatti umani".

L'atmosfera che si crea attorno a queste scene è molto rilassata: autori e protagonisti stringono un rapporto confidenziale tanto che i ragazzi si lasciano andare a racconti divertenti e le discussioni risultano molto più libere rispetto a quelle precedenti. Paolo, ad esempio, in questo contesto parla di sua madre senza resistenze, esprime giudizi e si fa molto critico nei confronti di psicologi e assistenti sociali.

Il secondo tempo del film è dedicato ad esperienze di reinserimento nella società di ragazzi con problemi mentali e alla testimonianza diretta di alcuni ex degenti del manicomio di Colorno.

La prima esperienza è quella di una coppia che ha accettato di far vivere a casa loro sei ragazzi definiti irrecuperabili; questi ragazzi provenivano da un istituto mantovano, il Sospiro, e avevano vissuto sin da piccoli nel cronicario insieme a vecchi di novant'anni. Nudi, legati, denutriti e in mezzo alla loro stessa sporcizia; uno di loro, Francesco, dovette essere operato perché essendo stato legato per moltissimo tempo aveva dei duri ai calcagni che gli impedivano di camminare e portare le scarpe. Un altro ragazzo, Guglielmo, era chiamato "il picchiatore del Sospiro" poiché quando gli infermieri volevano picchiare un malato, non potendolo fare con le loro mani, dicevano a Guglielmo di andare a picchiarlo.

Quando questi ragazzi entrarono in casa non sapevano lavarsi, stare seduti, usare le posate e non conoscevano il denaro; questa coppia ha cercato di creare un ambiente il più familiare possibile tale da non rievocare in essi l'immagine dell'istituto. Ai ragazzi è stato insegnato ad andare al cinema da soli, a usare il denaro per le loro spese, a prendere l'autobus, a conoscere la città e a lavorare; hanno imparato ad usare le macchine dimostrando di essere in grado di lavorare in fabbrica. Nonostante i ragazzi portino addosso come delle cicatrici i segni fisici e

---

<sup>55</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004.

psicologici degli anni trascorsi in istituto, la loro esperienza dimostra l'infondatezza di certe definizioni come quella di irrecuperabilità e di "tutte quelle terminologie che non valgono niente, che servono semplicemente a giustificare l'internamento"<sup>56</sup>.

La seconda esperienza raccontata nel film è l'inserimento in una fabbrica di alcuni ragazzi ritardati e handicappati; si tratta della gestione in proprio del movimento operaio, di uno scambio reciproco tra i ragazzi e gli operai che, al momento del film, dura già da tre anni. Un operaio racconta: "qui hanno trovato degli amici, noi di questi problemi eravamo allo scuro. (...) Quest'esperienza ha risvegliato il sentimento dell'affetto e dell'amicizia anche negli operai"<sup>57</sup>. Questo contatto ha prodotto grandi miglioramenti nei ragazzi; hanno imparato a lavorare, a stare tra la gente a stabilire delle relazioni d'amicizia tra loro e con gli operai. C'è un episodio nel film che fa molta tenerezza: dal calendario della fabbrica spariscono tutti i sabati e tutte le domeniche, uno dei ragazzi handicappati li ha cancellati perché sono giorni in cui non si lavora e per questo egli deve rimanere a casa lontano dalla fabbrica e dai suoi amici. Fa tenerezza, ma fa anche pensare al fatto che purtroppo per questi ragazzi gli unici momenti di vita sono i giorni lavorativi, quelli che trascorrono in fabbrica con i loro amici-colleghi. È importante notare che il momento della collettività ha favorito grossi progressi, al contrario, l'isolamento degli istituti ha prodotto per anni solo alienazione.

Le ultime testimonianze del film, quelle che vengono raccontate dagli ex internati a Colorno, sono intramezzate dalle immagini di una festa che si tiene nell'OPP di Colorno; questa festa danzante è un gran momento di cinema: da una galleria di inquadrature emerge la capacità di rivelazione degli esseri umani, la capacità di diventare, attraverso volti che parlano e occhi che raccontano, dei personaggi.

Manlio Martinelli, un ex partigiano ricoverato a Colorno, racconta la sua esperienza nell'OPP, una storia fatta di violenze brutali e gratuite, ma non è solo la sua storia. Attraverso le sue riflessioni egli riesce a rendere una situazione di sofferenza comune a tanta gente che è passata dal manicomio: "lo scricchiolio delle porte che si chiudono è come un'ossessione che l'ammalato ha nel cervello; questo chiudere per forza dentro, chiuderti al di fuori della civiltà (...). Guardiamo in faccia la gente perché quando uno entra in questo ambiente è marchiato, è difficile uscire fuori, entrare nel mondo del lavoro, entrare in famiglia"<sup>58</sup>.

C'è poi la testimonianza di una donna che ha vissuto 35 anni a Colorno, di cui 5 legata giorno e notte; "eravamo costretti a star chiusi, ti legavano e ti picchiavano, rovinavano le persone storcendoli per sempre le mani"<sup>59</sup>. Uscita dal manicomio questa donna è andata a vivere

---

<sup>56</sup> *Ibidem*.

<sup>57</sup> "Matti da slegare", Marco Bellocchio, Silvano Agosti, Sandro Petraglia, Stefano Rulli, 1976.

<sup>58</sup> *Ibidem*.

<sup>59</sup> *Ibidem*.

insieme ad un'altra ex ricoverata in un appartamento in un quartiere di Parma; ella dice di non prendere più nessuna pastiglia poiché non ne ha mai avuto bisogno e racconta della sua nuova vita di casalinga, delle sue giornate passate in libertà tra la gente.

Una giovane donna, invece, racconta del suo peregrinare da un istituto all'altro da quando era piccola; dall'Istituto Santa Maria delle Suore Chiappine, dove veniva regolarmente picchiata perché si rifiutava di andare alla messa tutte le mattine alle sei, venne trasferita alla neuro per quindici giorni, poi siccome non c'erano letti, all'osservatorio dell'OPP: "prima ero nelle tranquille, poi sono stata messa nel reparto agitate col corpetto e la scuffia, lì nel reparto agitate erano tutte legate con la bava alla bocca, gli mettevano il piatto d'alluminio per terra e mangiavano così, legate. Anche io sono stata legata"<sup>60</sup>. "Corpetto" e "scuffia" erano mezzi di contenzione in uso negli ospedali psichiatrici per sedare i più agitati: quando una malata era agitata e non voleva farsi legare, veniva presa con forza e incappucciata con un lenzuolo bagnato che, tenuto stretto dietro la nuca, faceva mancare il respiro fino a farla calmare.

Il film è anche la testimonianza di quelle persone che non ce l'hanno fatta ad uscire, che hanno preferito rimanere dentro l'ospedale perché ciò che c'era fuori li spaventava: "Non me la sento mica di uscire fuori ed affondare la vita"<sup>61</sup>, dice una signora rivolgendosi ai registi e a Mario Tommasini; e poi un signore confessa: "ho provato quattro o cinque volte poi sono sempre tornato indietro, ormai mi sono abituato, la vita fuori non mi interessa"<sup>62</sup>. "Un uomo che è stato lì trent'anni dice "è meglio se sto qui", quando le persone stanno lì per trent'anni si istituzionalizzano a spese della propria mente, della propria libertà, del proprio vivere"<sup>63</sup>, così Tommasini giustifica quest'atteggiamento; ma va oltre, "il manicomio ha prodotto la più grave malattia, quella della paura di ciò che fuori; queste persone hanno paura ad uscire, noi dobbiamo aiutarle ad uscire fuori"<sup>64</sup>.

"Matti da slegare" è una testimonianza, una denuncia, un film d'intervento; "per due ore dei malati internati da anni – a volte – da decine di anni – in spaventosi bagni psichiatrici, dei bambini presi negli ingranaggi della settorializzazione medico-pedagogica prendono la parola o piuttosto ci afferrano, scuotono in noi delle zone che di solito preferiamo mantenere al riparo"<sup>65</sup>.

*Nessuno o tutti – tutto o niente.*

---

<sup>60</sup> *Ibidem.*

<sup>61</sup> *Ibidem.*

<sup>62</sup> *Ibidem.*

<sup>63</sup> Intervista a Mario Tommasini, Parma 28 luglio 2004

<sup>64</sup> "Matti da slegare", Marco Bellocchio, Silvano Agosti, Sandro Petraglia, Stefano Rulli, 1976.

<sup>65</sup> Felix Guattari, *La rivoluzione molecolare*, Einaudi, Torino, 1978, p. 98.



*Non si può salvarsi da sé.  
O i fucili – o le catene.  
Nessuno o tutti- o tutto o niente.*

*B. BRECHT*

#### BIBLIOGRAFIA DI “FOLLIA E POTERE PSICHIATRICO”

- AAVV, (a cura di F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia), *Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come custodi di istituzioni violente*, Einaudi, Torino, 1975.

- Basaglia Franco, Ongaro Basaglia Franca, *Crimini di pace*, in *Crimini di pace*, cit.infra.
  - Castel Robert, *La contraddizione psichiatrica*, in *Crimini di pace*, cit. infra.
  - Foucault Michel, *La casa della follia*, in *Crimini di pace*, cit. infra.
  - Laing Ronald, *Considerazioni sulla psichiatria*, in *Crimini di pace*, cit. infra.
  - Szasz Thomas S., *La psichiatria a chi giova?*, in *Crimini di pace*, cit. infra.
- Foucault Michel (libri, saggi, interviste e letteratura secondaria)
    - *Raison et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961; nuova ediz. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard Paris 1972, trad. it. a cura di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976, 2001.
    - *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris 1975, trad. it. a cura di A. Tarchetti, *Sorvegliare e punire*, Torino, Einaudi 1976, 1993.
    - *Résumé des Cours 1970-1982*, Juillard, Paris, 1989; Gallimard, Paris, 1994; trad. it. a cura di A. Pandolfi, A. Serra, *I Corsi al Collège de France. I Résumés*, Feltrinelli, Milano 1999.
    - *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974*, edizione stabilita da F. Ewald, A. Fontana, Jac, Paris, 2003; trad. it. integrale a cura di M. Bertani, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004.
    - *L'œil du pouvoir*, intervista di J. P. Barou, M. Perrot, in *Les Nouvelles Littéraires*, 55, 31, 1977, n. 2578, pp.6-7; introduzione alla traduzione francese di J. Bentham, *Le panoptique*, Belfond, Paris, 1977; trad. it. *L'occhio del potere. Conversazione con Michel Foucault*, in J. Bentham, *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, con un saggio di M. Perrot, *L'ispettore Bentham*, Marsilio, Venezia 1983.
    - *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana, P. Pasquino, Einaudi, Torino 1977.
    - *Colloqui con Foucault*, a cura di D. Trombadori, 10/17, Salerno, 1981; Castelvecchi, Roma 1999.
    - *Archivio Foucault: 1. 1961-1970. Follia, scrittura, discorso*, a cura di J. Revel, trad. it. di G. Costa, Feltrinelli, Milano 1996.
    - *Archivio Foucault: 2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, a cura di A. Dal Lago, trad. di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1997.

- *Archivio Foucault: 3. 1978-1985. Estetica dell'esistenza, etica, politica*, a cura di A. Pandolfi, trad. di S. Loriga, Feltrinelli, Milano 1998.
- AAVV, (a cura di Ottavio Marzocca), *Moltiplicare Foucault. Vent'anni dopo*, Mimesis, (coll. Millepiani), 2004.
- Altamura A., *Follia & Miseria. Saggio sociologico su potere e malattia mentale*, Palomar, Bari, 2003.
- Blanchot M. *Michel Foucault tel que je l'imagine*, Fata Morgana, 1986; trad. it. V. Conti, *Michel Foucault come io l'immagino*, Costa&Nolan, Genova, 1988, 1997.
- Catucci S., *Introduzione a Foucault*, Laterza, Roma-Bari, 2000.

#### BIBLIOGRAFIA DI “STORIE DI EXTRA-ORDINARIA FOLLIA”

- *Sul progettato manicomio di Colorno*, Parma: Tip. Giacomo Ferrari e figli, 1872.

- *Delle malattie mentali curate nel manicomio di Parma in Colorno dal 29 luglio 1873 a tutto il 1876*: primo resoconto statistico-clinico del medico-direttore Lorenzo Monti, Parma: G.Ferrari e figli, 1877.
- *Regolamento organico pel manicomio della Provincia di Parma*: approvato con R. Decreto 29 Luglio 1878.
- *Sul movimento degli alienati curati nell'anno 1883 nel manicomio provinciale di Parma in Colorno*: relazione statistica del Dottor Camillo Fochi direttore sanitario, Parma: G. Ferrari e figli, 1884 (Estratto da: *Atti del Consiglio Provinciale di Parma*; 1883).
- *Funzionamento dell'Istituto durante l'anno 1906*: relazione del medico divisionale dottor Benvenuto Monatti reggente la direzione sanitaria.
- Braidì Giovanni, Fontanesi Bruno, *Se il barbone beve...: cronache e documenti di un'esperienza psichiatrica a Parma*, Feltrinelli, Parma, 1975.
- Agosti Silvano, Bellocchio Marco, Petraglia Sandro, Rulli Stefano, *Matti da slegare*, 1976.
- Basaglia Franco, *Che cos'è la psichiatria?*, Milano, Baldini & Castaldi, 1997.
- Rossi Itala, *Pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo: l'occupazione del Manicomio di Colorno: una lotta contro la violenza istituzionalizzata/ in Parma dentro la rivolta: tradizione e radicalità nelle lotte sociali e politiche di una città dell'Emilia rossa, 1968-1969*, Milano: Punto Rosso, stampa 2000.
- *Intervista a Mario Tommasini*, Parma 28 luglio 2004.

Parma, 28 luglio 2004

D: .... una svolta di che tipo?

R: Noi andiamo avanti sul superamento delle istituzioni violente, che ne sono rimaste 2, 3: il carcere, la famiglia e gli ospizi. Noi abbiamo già dimostrato che si può far vivere la pena in modo diverso, questo è dimostrato... dicano quel che cazzo che vogliono...abbiamo tirato fuori 400 persone dal carcere, perciò abbiamo dimostrato che per tantissimi crimini è possibile far vivere le persone in libertà, ecc..ecc..

Libertà però pagando il debito che hanno. In più abbiamo dimostrato che si può far senza gli ospizi; la famiglia è una cosa dura...no perché è anche delicata, hai capito?

D: Io volevo partire un po' dalla sua storia: nel '65 entra nel manicomio e si rende conto della situazione che c'è...poi io so che lei tornando a Parma era quasi deciso a dimettersi, poi però s'è ricreduto, volevo sapere cos'è scattato?

R: Volevo dimettermi perché io ero un operaio ed ero spaventato di fronte a quell'inferno, perché è proprio un inferno, come sono gli inferni oggi le case di riposo, ma poi, perché invece di andare a casa io comincio a portarli nelle case e chi li vuole glieli diamo, ed è una cosa se vuoi anche semplice. Poi abbiamo scoperto in questi anni che noi siamo l'unica Provincia in Italia che ha messo 700 dimessi dal manicomio in 250 appartamenti e invece nelle altre province hanno fatto dei travasi dai manicomi alle case di riposo, in Emilia, dappertutto sono state poche le province che hanno fatto sto lavoro qua. Però noi vivendo quest'esperienza abbiamo imparato tante cose: il superamento delle istituzioni violente, non so quest'anno è 31anni che abbiamo vuotato e chiuso il brefotroffio, vuotarlo vuol dire trovare le famiglie, vuol dire dare a questi bambini una mamma e un papà che altrimenti sarebbero in giro per gli istituti; riportare a casa i ragazzi handicappati negli istituti è voluto dire arricchire la cultura della città perché la città ha capito che questi bambini e questi ragazzi devono comunque vivere e non convivere nel proprio territorio. E allora vengono superate le classi differenziali, le scuole speciali e la scuola si arricchisce di una cultura di solidarietà; così come la chiusura del carcere minorile, si vuota e si chiude il carcere, però vuotarlo vuol dire rendere responsabile la città che questi sono figli suoi, non figli dell'istituzione carceraria. Il manicomio per noi è stata una grande scuola perché da tutta la merda che c'era in manicomio abbiamo ritrovato un'umanità dolce, un'umanità che ti parlava anche senza parlare, cioè che bastava che, se tu hai visto il film "Matti da slegare", tu hai visto le facce di queste persone che ti chiedevano di essere capite, di essere liberate, e queste persone, (visto che tu vuoi fare una cosa sulla follia), su 1100, s'è arrivati anche a 1200, c'erano due diagnosi che etichettavano queste persone: la schizofrenia e l'oligofrenia. Io ti faccio un esempio: una di queste schizofreniche nel '69 (l'abbiamo tirata fuori), era una donna curiosa, avrà avuto 30-35 anni, lei voleva vivere, è andata a Firenze, è andata a fare la donna di servizio a casa di persone agiate, a un certo punto loro hanno avuto un bambino e lei guardava sempre questo bambino intanto che faceva le pulizie, la mamma di questo bambino e il papà vedevano come Elisa (questa è una cosa in anteprima..me l'ha ricordata Righetti al bar) e allora le hanno detto "Elisa, il bambino s'è affezionato a lei, facciamo una cosa prendiamo una donna che fai i lavori e tu guardi il bambino" e allora lei gli ha detto "guardi io vi devo dire la verità: io sono stata 21 anni nell'Ospedale Psichiatrico di Colorno, io sono schizofrenica, mi hanno messo in manicomio con questa diagnosi". Questi due giovani si sono guardati e hanno detto "tu sono già due anni che lavori con noi, sei una donna dolce, buona e attenta e poi il modo in cui tu guardi il nostro bambino...noi ti facciamo lavorare lo stesso". Lei è stata lì 15 anni in questa famiglia.

Ti ho fatto quest'esempio per dire che io su 1100 internati, oligofrenico vuol dire una persona che non capisce, che è ritardato, che è limitato...noi diciamo che però, e diciamo ancora, che è un uomo e una donna che può convivere con le sue capacità, che poi capisca al 100%,

magari fra noi tre, no, ci sarà che capisce l'80, l'altro 70 e l'altro 85, però possiamo convivere lo stesso..che cazzo vuol dire etichettare così?

D: Erano diagnosi per poveri praticamente...

R: Infatti nel manicomio non c'era il ricco, c'era un insegnante e un avvocato, basta. Contadini, operai, artigiani, braccianti.

D: E venivano tutti dalla montagna?

R: No, molti dalla montagna ma anche dalla città, la maggioranza dalla montagna. Perciò la follia, la malattia mentale esiste, sai? Noi non abbiamo mai detto che non esisteva. La malattia mentale esiste e va curata. Ma anche la malattia mentale, perché è una malattia non deve essere tolta, strappata dal suo territorio, la malattia mentale è l'uomo e la donna. E allora come tutte le malattie (la tubercolosi, il mal di cuore) vengono curate e poi trasferite sul territorio, se c'è una ricaduta ritorna in Ospedale il malato. Allora se uno è malato di mente, non deve essere l'unica argomentazione che te lo porta in manicomio, che serve a tutto fuorché curarsi, va bene? Perché a livello dei farmaci mentre il mondo è andato avanti sulla farmacologia, lì al manicomio nessuno conosceva i farmaci. E io apro una parentesi: quando Basaglia, lui fu molto attaccato Franco..lui era un grande medico. Franco Basaglia conosceva i farmaci, non so io mi ricordo tanti episodi, ma per farti un esempio, un giorno passiamo dal reparto e c'era una donna che si vedeva che non stava bene, perfino io l'avevo capito, perché quando uno non sta bene fa delle cose..così..diverse, si capisce dal viso, si trascura, anche come parla, e allora lui ha detto all'infermiere "Mi fa vedere le cartelle, per favore?" guarda le cartelle e poi chiede "ma chi è il medico? Quando lo vede, non c'è fretta perché sa io sono sempre in giro, dica al dottore di venire da me". Allora lui diceva "questo farmaco non va bene"..e parlava col medico e gli spiegava, rispettandolo, non umiliandolo, "questo farmaco non va bene, questo qua va meglio perché...".

Perciò Basaglia è stato anche un gran farmacologo e nessuno l'ha mai detto, perché come tutte le persone responsabili che hanno un ruolo, devono capire, impadronirsi degli strumenti che concorrono alla cura o alla guarigione di un malato, perciò Basaglia non è stato solo l'uomo che ha detto vuotiamo i manicomi, vuotiamo i manicomi ma miglioriamo. La prima cura però era quella di togliere da lì queste persone. Nel nostro manicomio c'erano 1100internati e c'erano 4 dottori, quando sono usciti ce n'erano 25 perché...come si fa? Il direttore diceva "Ma non possono fare neanche le cartelle i medici, una cartella è composta da ore di lavoro...". E come si può stare in un manicomio, dove si spendeva su 1100 internati 4 milioni e 500 mila lire all'anno di farmaci...niente.

Perciò ormai il manicomio era un anello della catena di violenza che era indifendibile, noi abbiamo sofferto, abbiamo lottato, però all'inizio la gente è rimasta traumatizzata. Io stesso ho dei ricordi di bambino: c'era un uomo giovane..che un giorno non scompare, "Mamma dov'è Brando?", "Eh, è andato al manicomio, s'è ammalato e lì lo curano" e io, come tutte le persone ci credevo, la gente la pensava come me. Perciò quando io sono entrato nel manicomio ho capito che non si poteva gestire, non si può amministrare la violenza, tutto fuorché la violenza.

Bisognava dimostrare che queste persone prima di essere ammalati erano persone, perché se un medico vede solo la malattia lui non farà mai una diagnosi corretta, allora tu devi vedere la persona e nella persona c'è anche la malattia come tutti noi più o meno abbiamo, però noi ci rapportiamo come persone, non come malati. Voi giovani dovete far tesoro di queste cose qua perché noi l'abbiamo imparato vivendo come la scienza arriva a volte a distruggere la malattia, a distruggere l'uomo perché ha paura della malattia. Anche la scienza ha dovuto ripensare a questa cosa. Basaglia ha detto una cosa molto bella: "Noi abbiamo dimostrato che i manicomi possono essere vuotati e chiusi, non sappiamo poi nel futuro se riapriranno dei manicomi, però una cosa è certa: noi abbiamo dimostrato che si può fare a meno di queste strutture, noi abbiamo dimostrato che prima di tutto guardiamo l'uomo e guardiamo anche la malattia", perciò il nostro contributo l'abbiamo dato. Perciò voi dovete proprio fare un passo

di più di noi, quello di continuare a guardare la persona e ad ascoltare la persona e a pensare anche come se voi foste come questa persona, e allora quando una persona ti dice che ha bisogno di vivere i suoi sentimenti, l'affettività, la tenerezza, l'amore, la sessualità, che sogna la sua casa il suo quartiere, il suo paese, perché ricorda la vita bella che ha avuto nel suo luogo, che sogna di potere vivere con gli altri, queste sono cose che un operatore sociale o sanitario non può non far riferimento. Allora ve ne accorgete che se voi entrate nella professione con questa cultura voi ricevete un contributo culturale non solo nella vostra mente ma anche nei sentimenti, sarete stimolati a imparare tante cose, non so se rendo l'idea...

D: Infatti oggi c'è come una regressione, un aumento degli psicofarmaci...

R: Se ti fermi sulla malattia...

D: Infatti il concetto di pericolosità del malato non è cambiato

R: Scusa, io ti dico una cosa: sono passati dal 65... dunque 39 anni, nel 66 abbiamo liberato i primi matti, e allora ti dico io non mi sono mai preoccupato di sapere che malattia aveva quest'uomo qua, non faccio mica il medico, io sono amministratore, io devo vedere come devo considerare i miei servizi. Il manicomio non era un servizio, era un luogo di reclusione per i malati e per gli infermieri. Ti dico una cosa: nel manicomio ogni piano, ogni camerona aveva il suo sgabuzzino, in parecchi sgabuzzini, c'erano dei bastoni alti così che gli infermieri usavano per mandare a letto i malati. Quando sono entrato in manicomio c'erano 200 persone legate, quando le abbiamo slegate avevano le braccia e le gambe anchilosate. Per gli infermieri legare era una cosa normale, per loro "non capisci un cazzo, dai va su!", quante persone hanno ammazzato nei manicomi, non so se ne hanno ammazzate di più in carcere o nei manicomi però era il luogo che produceva la violenza, perciò la scienza, la professionalità non esisteva e allora c'era la repressione.

D: Com'è stato possibile passare da un tipo di infermiere a un altro, lei ha detto da custode ad angelo custode? Non c'era un corso...

R: Non c'era niente! Ma tu metti l'infermiere a vivere in una casa in un quartiere, l'infermiere che prima ha paura, l'infermiere è stato educato alla paura tant'è che prima si assumevano infermieri a livello d'altezza..

D: Prestanza fisica...

R: Se superava gli 1.70 allora era un bravo infermiere. Allora questi ragazzi, erano educati a gestire la violenza non a gestire la persona.. Gli infermieri nel quartiere con i malati senza volere loro imparavano con i malati, il malato doveva imparare ad aver cura del proprio corpo, le donne imparavano a lavarsi il bicchiere a rifarsi il letto..anche se c'erano delle reti le prime volte (risate). Dovevano parlare col vicino, con l'infermiere andare a far la spesa, ma intanto che imparava il malato, si riabilitava anche l'infermiere. Negli anni 80 ci fu uno sciopero della fame di 5 giovani nel carcere di Milano perché accusati di terrorismo per essere giudicati, erano 5 anni che erano dentro senza fare il processo, allora noi abbiamo ottenuto che questi detenuti fossero affidati a me, alla municipalità. C'era uno che era già dentro il carcere e l'abbiamo messo a lavorare in una cooperativa agricola e allora il direttore (del carcere), che era una brava persona, ci ha mandato un agente, ha mandato il più duro, il più severo, il più cattivo e nel giro di pochi giorni l'agente di custodia il più ligio alle leggi carcerarie era sorridente, aiutava e io non gli dicevo niente.

Insomma erano passati diversi mesi e io l'ho detto al direttore e lui è venuto a vedere:

"Tommasini, ma guardi che l'agente è cambiato, è diventato più socievole, parla, ascolta, fa delle cose".

Ti faccio quest'esempio per dirti che queste istituzioni distruggono anche l'operatore, mentre invece se tu metti in condizione l'operatore, in carcere l'agente, in manicomio l'infermiere, il medico, cambia la cultura dell'uomo e della donna, che mica siamo nati per essere cattivi noi, nell'ambiente dove viviamo subiamo le ingiustizie dell'ambiente. Perciò quando diciamo che abbiamo liberato i matti, abbiamo liberato anche gli operatori, abbiamo liberato la scienza, liberando la libertà di queste persone abbiamo messo in condizione voi di fare un lavoro

dignitoso, di utilizzare bene la vostra professione, i vostri anni, la vostra fantasia, la vostra intelligenza e allora voi dovete far tesoro e andare più avanti di noi perché questa piaccia o no è la nostra storia!

D: Infatti lei ha detto che questa è stata una rivoluzione d'amore interrotta a metà, cosa l'ha interrotta? La politica?

R: In Italia ti faccio due esempi, guarda è la prima volta che lo dico perché arrivo fresco fresco dall'incontro con Rigetti, allora...si, si, ti interessa: noi, io e tutta la mia gente, tieni conto che io quando ero andato in manicomio c'erano 4 medici e 170 infermieri durante gli anni, io sono stato 13 anni, dal 65 al 78 quando è stata fatta la riforma sono uscito via; io ho lasciato la psichiatria che c'erano 450 infermieri, perché se tu vuoi lavorare devi avere gli operatori necessari e 20-25-30 medici. Con queste persone noi abbiamo portato nelle case i malati di mente, con queste persone noi abbiamo imparato quello che Basaglia, io gli voglio bene non solamente perché ha vuotato il manicomio, ma perché Basaglia ha teorizzato il concetto di emarginazione sociale che è dappertutto, i più evidenti erano i bambini nelle scuole speciali, nelle classi differenziali, un bambino che era senza genitori andava in un brefotrofo, il ragazzo che commetteva un reato andava in carcere minorile, un detenuto per qualsiasi reato andava in carcere, un vecchio, perché povero (perché negli anni 80 ci andavano i poveri negli ospizi) andava in ospizio. E allora noi facendo questo lavoro sul territorio, vivendo queste esperienze, abbiamo arricchito la nostra intelligenza. Mentre portiamo i malati nelle case, facciamo le cooperative dei matti, no? La prima cooperativa nasce in Borgo Felino l'8 marzo; io ho detto alla Santi "Ma Santi abbiamo fatto la cooperativa, come la chiamiamo?" e la Santi che era una vecchia prostituta che entrò nel manicomio 40 anni prima, disse "Tommasini, la cooperativa è nostra, chiamiamola NOI!" E nasce la cooperativa "Noi", perché è tutto un filone, non so se a te può interessare... ma sí non può non interessarti, loro riparavano gli indumenti dei malati del manicomio, stiravano e cucivano le lenzuola, da lì in questa cooperativa i vicini venivano a farsi riparare i pantaloni, le camice, mi ricordo che c'era una bella donna che abitava vicino a Borgo Felino che portava i suoi indumenti, indumenti fini, diciamo, e loro: "ma io ho paura signora, è di seta questa qua!". Morale: noi abbiamo capito che si potevano fare delle cooperative che avevano anche un reddito e che contemporaneamente, non so, andavano a seminare la saggina con un infermiere bravo, facevano le scope e le vendevano, facevano i pezzi per la Provincia, i contachilometri di cemento... abbiamo capito che questa gente nel lavoro migliorava, perciò non fuori per essere fuori..

Da queste cooperative sono nate poi le cooperative sociali ed erano miste malati ed operatori che lavoravano. Morale: da questa esperienza è nato un lavoro nuovo per gli operatori e il lavoro per i malati. Parma oggi avrà, non so quanti 500, 1000 soci; e allora nasce l'operatore di strada, l'operatore che porta assistenza nelle case degli anziani, nascono tutte quelle nuove personalità che altrimenti il territorio non avrebbe fatto e che poi voi sareste andati a lavorare in un istituto, in un manicomio, in un ospizio e oggi invece lo psicologo, l'operatore sociale, il medico, il sociologo oggi possono lavorare nel territorio perché è lì che vive la malattia e i servizi.

Noi siamo l'unica provincia in Italia che ha vuotato tutte le istituzioni che io ti ho elencato, ma in più oggi abbiamo imparato che in Italia bisogna cambiare il modello di sviluppo economico, la nostra è una pazzia quella che stiamo facendo adesso, però io sono abituato, ho imparato che dalle piccole cose sono nate grandi riforme e noi siamo dei testoni. Adesso noi abbiamo una grande sfida che più di 10anni fa io mi ricordo che nel 94 io portai una parte del Consiglio regionale e la giunta regionale alla fattoria di Vigheffio che è una struttura che abbiamo fatto i primi anni per dimostrare che i malati potevano vivere in libertà e potevano vivere con i bambini, per molti anni al mattino veniva la scuola materna del comune di Parma a giocare perché lì c'era il parco giochi e matti e bambini avevano sconvolto la città, prima ci hanno attaccati poi hanno visto che andava bene, anni dopo abbiamo fatto venire dei detenuti



coi bambini della scuola materna e ci sono ancora. Perciò vedi queste cose non muoiono mai, anzi risaltano fuori, se ti dico che ieri l'altro hanno fatto un articolo sulla Professoressa Caronna (docente universitaria) ha avuto dal rettore l'incarico di interessarsi dei disabili che devono andare all'università, cosa che noi non siamo mai riusciti a fare. Adesso Parma è la città che ha più disabili dentro l'università in tutta Italia (223), perciò tu imposti una cultura che se anche te la soffocano, perché sai, è stato difficile perché i partiti non ci hanno mai aiutato...

D: E a livello più basso?

R: Con il territorio? Quando abbiamo vuotato il manicomio a Colorno nel '73 il PCI perde il 6.50% a Colorno perché gli abbiamo smontato la Fiat, tu chiudi la Fiat del manicomio e i giovani sono costretti a cercare altro lavoro e allora Colorno è stato un comune che economicamente s'è sviluppato in proporzioni più degli altri comuni, perché liberandosi dal manicomio la gente s'è interessata...

D: Io sono stata a Colorno a vedere il manicomio e ho notato che la gente non ne parla tanto, tende a...

R: Per forza, tende a dimenticare anche perché...però il paese..

D: I primi anni...

R: I primi anni ci ha rotto i coglioni molto, ti porto un esempio: 20 anni dopo mio figlio fu mandato ad aprire un'agenzia della banca a Colorno, io non gli ho mai detto niente però pensavo: "Proprio a Colorno mandano mio figlio" e dopo dieci anni parlando con mio figlio anche lui mi ha detto: "Papà io non te ne ho parlato ma avevo una paura" beh a Colorno dove nasce la sua carriera, i primi a venire furono i medici i dimessi e gli infermieri "Sei il figlio dell'assessore?" e ha sviluppato l'agenzia in un modo strepitoso, meravigliando tutti! Perciò a Colorno in fin dei conti hanno capito che gli abbiamo fatto una cosa che andava fatta ma anche per lo sviluppo...

Allora prima c'era tutto il concetto della follia che era una cosa misteriosa, falsa che usavano la scienza per distruggere le persone, adesso noi partendo da questa perversione della scienza, abbiamo riabilitato la scienza medica perché oggi ci piaccia o no, lo psichiatra fa molto meno male di prima, quante volte lo continua a fare, eh? Quando penso al centro Diagnosi e cura...e non farmi parlare...però almeno il manicomio non c'è. Noi dobbiamo andare avanti, noi continuiamo a lavorare per arrivare al superamento delle case di riposo e ci stiamo riuscendo, tant'è che la Provincia oggi non finanzia più ospizi se non si trasformano ma finanzia gli appartamenti, e allora noi con gli anziani, avendo avuto questa grande fortuna di far nascere le prime cooperative sociali, oggi vogliamo fare qualcosa di più, noi vogliamo, dove andiamo, favorire lo sviluppo economico di quella frazione, di quella montagna, di quel paese, di quel quartiere e con grosse difficoltà ci stiamo riuscendo.

Io ho un sogno nell'angolo del mio cuore, che un giorno, io sono un uomo di sinistra, ti parlo della mia appartenenza, che lo schieramento di centro-sinistra rimetta in discussione questa globalizzazione e incominci a parlare di un nuovo modo di sviluppare economicamente le nostre ricchezze. Per me vuol dire trasformare i soldi che si buttano via in certe cliniche che non sono cliniche, in certi ospizi che non rappresentano la vita di nessuno se non la sofferenza, che questi soldi vengano investiti per arricchire il territorio e perciò arricchirsi di giovani operatori, di giovani psicologi, di giovani sociologi, di giovani dottori che in montagna invece di mandare la gente negli ospizi, facciano delle case. La nostra rete sociale si concentri ad assistere gli anziani, partendo dalle piccole cose, non so se hanno già incominciato ma stanno facendo l'orto, coltivano i fiori. La nostra montagna, abbiamo capito che è una ricchezza per il turismo, per l'agricoltura biologica, per gli allevamenti, ad esempio Tiedoli era una frazione con la vocazione ai grandi pascoli, c'era il consigliere provinciale che diceva se a Tiedoli allevano le mucche da carne, perché lì c'è il clima buono, c'è un macellaio che le ferma un anno prima e allora noi stiamo lavorando perché si faccia un allevamento, pecore, capre, c'è tutta un'attenzione che abbiamo imparato e che vogliamo tramandare alla

nostra gente che ci insegna. Insomma noi stiamo inconsciamente occupandoci di economia!! Qui globalizzano tutto, globalizzeranno anche i nostri sentimenti, invece noi vogliamo che ci si fermi, che le ricchezze che abbiamo vengano messe dentro a pari merito e finanziamenti, le ricchezze povere e semplici con le ricchezze che ha la montagna.

Innovazione. Si è imparato che non è più sufficiente mettere un handicappato in una casa o un matto in una casa, dobbiamo utilizzare lo strumento della demotica, ossia una persona che non può muoversi sa come si fa ad accendere la luce, a chiudere le tapparelle, aprire l'acqua, la porta, li viene avanti l'innovazione e viene avanti il lavoro, perciò noi vogliamo soffermarci su queste cose qua. Adesso c'è l'imprenditore che vuole capire come deve fare la casa, perché oggi bisogna fare la casa, per mettere le lastre per raccogliere la luce del sole e se tu fai la casa e fai i buchi necessari per fare la domotica, la telematica non spendi niente se non d'apparecchi. Perciò noi vogliamo che ci sia una visione dell'economia partendo dalle possibilità che possiamo ricavare dai singoli territori, questa è la nostra grande scommessa! La vostra grande scommessa, quale può essere? Diventare anche voi delle persone che si occupano della vita dell'uomo della donna e del bambino. Ad esempio, il bambino non ha solamente il bisogno di essere visitato o di fare bene il compito, voi dovete occuparvi di più di quello che avviene, del mutamento positivo del territorio. Noi queste cose le abbiamo imparate mentre intanto mettevamo nelle case la gente. E allora voi non dovete guardare solo il vostro assistito ma dovete guardare tutto quello che vi circonda, perché è da lì che voi potete essere d'aiuto non solo per il bambino o l'uomo che voi assistete, ma possono essere degli stimoli, delle occasioni di sviluppo dove voi potete essere presenti...mi lasci andare di là a prendere una sigaretta dalla mia amica? Parlo troppo?

D: No, no, anzi va benissimo!

R: In definitiva, proviamo per un momento a pensare a una cosa: se noi non avessimo fatto questa cosa sai cosa ci sarebbe in Italia? Come in Giappone, il manicomio aveva già acquistato l'area per fare invece di 1000, 2000 posti letto; quasi in tutta Italia il ministero diceva "vi diamo i soldi subito", "no guarda intanto ti offro un caffè, poi vai"! Se noi non vuotavamo il brefotrofio doveva diventare da 60 a 180 posti letto, la Certosa da 30 bambini doveva diventare un carcere minorile da 80-100 persone. Se non avessimo fatto queste cose sugli anziani sarebbero aumentati, sono già 250.000 negli ospizi. Siamo convinti che il nostro progetto ormai va avanti, è vincente. Ci potranno mettere i bastoni tra le ruote, però lo sviluppo è questo e se non avessimo fatto queste cose non sarebbero nate le cooperative che oggi stanno lavorando. Perciò a mano a mano che tu cambi le strutture violente o le strutture inutili, perché ci sono anche strutture inutili...io mi ricordo che anni fa si parlava di chiudere la Provincia perché si può fare anche a meno delle Province, no? Però non hanno avuto la forza di farlo...

Se noi dimostriamo che nei nostri territori c'è maggiore ricchezza da sfruttare da lavorare, noi diamo un contributo per globalizzare di meno e produrre di più le cose nostre. In definitiva i potenti credono di essere ormai vincenti, io non ci credo, io sono sempre stato e sono contento di esserlo, ottimista e di sognare anche. Io mi ricordo che quando ero attaccato dalla stampa, e mi hanno attaccato molto negli anni 60, mi dicevano che ero pazzo, io avevo sognato che un grande prato con migliaia e migliaia di persone e in mezzo c'erano i matti, dal cielo buttavano giù dei fiori... Quando abbiamo fatto la fattoria, l'abbiamo fatta i primi anni, noi volevamo dimostrare che i malati potevano vivere in libertà e lavorare. Poi la fattoria è diventata un luogo in cui venivano da tutto il mondo a vedere quell'esperienza dei malati dimessi dal manicomio che convivevano coi bambini.

D: La fattoria di Vigheffio?

R: Sì, un imprenditore si innamorò di quest'esperienza e lui ci dette i mobili per arredare 250 appartamenti. Fu un'esperienza straordinaria, ci ha aiutato anche a rilanciare la fattoria. E un bel giorno c'è stata una grande festa per presentare i lavori della fattoria e quel giorno li

c'erano migliaia e migliaia di persone: matti, handicappati, bambini affidati alle famiglie, industriali, artigiani, operai, giovani, proprio una bella festa, sai quelle feste popolari, e poi arrivò un aereo che buttava giù i garofani, i fiori...io mi sono messo in un angolo...e...

D: L'aveva già visto...

R: Io mi sono ricordato degli anni in cui ci attaccavano e che sognavo questo sogno e allora ho detto: "Vedi, vedi Tommasini, ormai questa è una realtà" e allora, vedi, star dalla parte dei più deboli, anche se i potenti ci vengono contro. Però bisognava coinvolgere i potenti come abbiamo fatto, a donare qualcosa che i lavoratori ci hanno dato col loro lavoro che lo ripartiscano anche con i meno potenti, quelli dimenticati. Noi siamo convinti che la conquista di un mondo migliore, migliore nel senso del lavoro, è dare la possibilità ai giovani di imparare nuove professionalità. Noi l'abbiamo dimostrato perché l'infermiere insegnava allo studente come fare il sociologo, lo studente insegnava all'infermiere come si trattava la persona.

D: Questo durante l'occupazione?

R: Ma anche dopo. L'occupazione ha ottenuto 2 obiettivi: primo: far conoscere a tutta Italia le condizioni di vita dei malati di mente; secondo: i malati di mente potevano addirittura gestire il manicomio perché per 40 giorni erano scappati metà degli infermieri e tutti i medici, noi facevamo l'assemblea dei malati al mattino e organizzavamo la vita del manicomio: che funzionasse la cucina, il guardaroba, la portineria, la sorveglianza. Sono stati gli unici 40 giorni dove non s'è mai ammazzato nessuno e non s'è mai picchiato nessuno, perciò è stato un grande insegnamento. Tutte le sere partivano dal manicomio decine di giovani con decine di malati a far dibattiti nelle chiese, nelle fabbriche nei quartieri, all'università con il rettore, è stato un dibattito che ha investito tutta la provincia. E io facevo parlare i malati, andavo ai consigli comunali e dicevo "Dai, parla tu Luigi!" "Eh, io sono stato nel manicomio 30 anni, 40anni, adesso faccio questo e questo..." e la gente vedeva i malati; non vedeva più i fantasmi, "il malato di mente cosa fa la?" Il malato è questo qua che ti chiede. Allora il malato etichettato oligofrenico, schizofrenico, paranoico, agitato, tutte quelle terminologie che non valgono un cazzo, che servono semplicemente a giustificare l'internamento, noi abbiamo ritrovato l'uomo, con quest'uomo abbiamo fatto insieme i nostri percorsi, lui si è arricchito, noi ci siamo arricchiti, s'è arricchita la scienza medica, eh sì, si è arricchita anche l'economia perché sono nate decine e decine di nuove professionalità e allora il nostro sogno di un diverso sviluppo economico è un sogno che può diventare realtà.

D: Ma lei non pensa che comunque oggi, a parte il caso della Provincia di Parma che è esemplare e peccato che sia solo circoscritto a Parma, ci sia un nuovo isolamento di queste persone...

R: C'è però chi sta lavorando...c'è qualcosa che nel sud si sta movendo, nascono degli operatori nuovi. Noi dobbiamo soffermarci sulle cose piccole: per esempio io mi sono interessato, la hanno: l'origano che nasce in modo selvaggio però è l'origano più buono del mondo, la marmellata di mele cotogne, il pane di Altamura che è tre volte più buono di qua e io gli ho detto: "guardate ragazzi a Santa Maria del Taro un gruppo di fornai s'è messo per conto loro, oggi hanno gli impianti che producono 50 quintali di pane al giorno, voi avete un pane...". Perciò li stanno parlando, sono stati stimolati a vedere quel che si può fare per sviluppare l'economia povera, economia anche quella..

Basta uno, basta una persona per fare un percorso nuovo che non vada ad intaccare i potenti adesso, ma ci misureremo poi. se la sinistra, che è come una persona che è stata in manicomio 50 anni, che non conosce più le sue realtà, se la sinistra avesse la pazienza di raccogliere tutto questo, il percorso sarebbe più veloce. Se i sindacati, le cooperative, le istituzioni...

A Parma ci saranno già più di 200 appartamenti, poi da cosa nasce cosa. Per esempio in questi appartamenti ci vanno d'inverno gli anziani che altrimenti dovranno andare nell'ospizio, svernano e poi tornano a casa. Ci sono degli anziani non autosufficienti che vanno lì con le loro badanti, vanno lì a fare le ferie. Questi appartamenti stanno stimolando altre attività: ci

sono giovani che vengono lì a fare bed and breakfast, a lavorare la pietra, i vecchietti che puliscono il bosco.

D: Se torniamo un attimo indietro, al documentario “Matti da slegare”, dalle tre storie di questi ragazzi emerge il problema degli istituti religiosi, si fanno dei nomi tipo: Sacra Famiglia di Cesano Boscone, istituto delle Suore Chiappine, questi istituti non vogliono che si filmi, c’è poi il prete...

R: In Italia c’erano 300000 bambini negli istituti, oggi sono molto meno.

D: Che tipo di istituti erano?

R: Privati. istituti per i bambini abbandonati, gli istituti per i sordi, cechi, oligofrenici, schizofrenici. Noi li abbiamo messi in discussione. Tant’è che in Emilia Romagna abbiamo portato a casa 30000 bambini in tutta la regione.

Abbiamo dimostrato che queste cose possono cambiare, infatti molti si sono trasformati e li usano per tempi più brevi..

Nel brefotroffio stavano lì fino all’età di 5 anni poi dopo in istituto stavano fino ai 12 anni, poi dai 12 ai 16. La maggioranza di questi bambini erano disadattati e andavano a morire nel manicomio

D: E la Chiesa che ruolo ha avuto? Storicamente ha spesso fatto violenza...

R: La Chiesa è contraddittoria com’è contraddittoria la società odierna. Per esempio molti istituti religiosi come il Cesano Boscone erano un inferno, a Mantova al Sospiro, c’è stato un processo, però sai, Sara, io sono critico con la mia regione però...

D: Io volevo sapere, durante l’occupazione e successivamente di fronte alla nuova coscienza, la Chiesa proprio nel ruolo più basso, preti, suore, che ruolo hanno avuto? Sono stati in silenzio, hanno fatto opposizione alle vostre lotte?

R: C’erano le suore in manicomio ed erano molto istituzionalizzate. Io mi ricordo Suor Margherita aveva 50 anni ed era 30 anni che non usciva dal manicomio, in piazza non ci andava.

La nostra lotta è sempre stata trasversale, chi mi ha aiutato a portare i primi matti nelle case nel 1966, fu Don Dagnino che era parroco dell’Oltretorrente. Don Dagnino cresce bambino con mio zio Porcari, però hanno fatto due strade opposte: Don Dagnino diventa prete, mio zio diventa comunista e si fa pure 10 anni di galera. Finisce la guerra e Don Dagnino fa i comizi contro il PCI, mio zio, che era segretario della federazione comunista, mi diceva: “Dai che andiamo a trovare Don Dagnino, andiamo in piazza Picelli che fa il comizio” e allora ci mettevamo davanti al pubblico: “Sei come un diavolo...e anche tu putein”

Porcari lo trasferiscono a Botteghe Oscure e lui quando andava in Vaticano andava sempre a trovare mio zio, e Togliatti diceva: “Ma Porcari, cosa fa questo parroco da noi?” (nel ‘48, sai?!) “Beh Palmiro è mio amico, siamo cresciuti insieme”. Io quando sono entrato a Colorno sono andato da lui e mi ha detto: “Sei diventato Assessore al manicomio, mi fa piacere Mario...”, e io: “Ho saputo che dietro la sua chiesa ci sono tre appartamenti vuoti e noi abbiamo molte donne del suo quartiere...”, e lui: “Vuoi mettere i matti nelle case? Ma non si può venire a vederli questi matti?”, “Sì, sì anche domani”, gli ho detto io. L’ho portato al manicomio e lì ha riconosciuto delle donne dell’Oltretorrente e ha chiesto loro da quanti anni erano lì, “Andiamo a casa, putein! Li mettiamo negli appartamenti”.

D: Bisognava far vedere insomma?

R: Sara, la Chiesa è contraddittoria come lo sono i partiti; Don Dagnino quando abbiamo vuotato il brefotroffio, in chiesa dal pulpito ha detto “donne qui abbiamo il brefotroffio, io e questo ragazzo andiamo per le feste natalizie e convochiamo le mamme dei bambini ma poi dobbiamo darli in affidamento, perciò voi che avete i calli alle ginocchia a furia di stare inginocchiate, state meno inginocchiate e venite ad aiutarci io e il putein”. Nel giro di pochi mesi abbiamo vuotato il brefotroffio, perciò Don Dagnino, anticomunista feroce, a me non interessava che fosse anticomunista, la pensavamo uguale. Non bisogna etichettare le persone

per appartenenza. Bisogna confrontarsi perché poi io ho visto persone cambiare. Noi abbiamo messo decine e decine di matti nelle fabbriche...

D: Quella esperienza che si vede nel documentario di quella fabbrica dove ci sono dei ritardati?

R: Li abbiamo inseriti dappertutto: fabbriche, banche, abbiamo avuto dalla CEE il sostegno per un progetto per l'inserimento al lavoro di 225 ragazzi, è stato definito "progetto pilota" per l'Europa.

Cambia la gente ma la cultura rimane. Perché a Parma e non a Bologna? Perché non a Roma? Perché a Parma le persone hanno potuto vivere un'esperienza di trasformazione sociale. Lascia stare il clero, il PCI, io sono di sinistra però io voglio conoscere anche altre realtà, voglio cercare dappertutto, da quando abbiamo fatto il progetto dell'inserimento c'era anche il parere favorevole degli industriali, per me è stato importante questo. Quando è arrivato Basaglia nel '70 è arrivato lo "squartatore", il giornale sosteneva questa idea qua!

D: Magari Lei ha avuto a che fare con le singole persone, una suora, un prete, ma in generale mi riferivo agli istituti come luoghi di violenza sui bambini...

R: Quando sono stato a Cesano Boscone, io avevo 20 ragazzi, "Ecco vede assessore qui abbiamo tutto, la scuola, l'ospedale, anche il cimitero". E io: "Ah sì? Bravo, adesso i miei ragazzi me li porto a casa". Era una persona brutta, era un porco e io l'ho trattato da porco. Noi dobbiamo vivere dentro alle contraddizioni, e la contraddizione qual è? Il clero era così però anche dentro al clero c'erano delle persone che sentivano che le cose andavano cambiate, noi non dobbiamo precluderci nessuna strada. E io mantengo le mie idee.

D: Invece il centro Montagnana che tipo di centro era?

R: Era un appartamento 280 mq che man mano che uscivano i bambini dagli istituti incominciavano ad abitarci, li mandavi a scuola, a lavorare e poi a poco a poco venivano inseriti.

D: Invece nel documentario alla fine ci sono le testimonianze di donne che sono state legate, parlano di corpetto, scuffia, ed è gente che era uscita dal manicomio; poi c'è anche della gente che dice "io non ce la faccio ad uscire" e lei dice: "Il manicomio ha prodotto la più grave malattia quella della paura di quello che c'è fuori". Come avete guarito questa "malattia"?

R: C'era Palù (?) che era il carabiniere, noi l'abbiamo messo in un appartamento, lui tutte le mattine usciva e si avviava verso Colorno a piedi, noi che lo sapevamo andavamo a prenderlo a 3km da Parma e lo portavamo indietro, un giorno, due, tre... E poi un giorno: "Palù (?) ci vai oggi al manicomio?", "Toh, veh!" perché aveva imparato. Sara, un uomo che è stato lì trent'anni dice "È meglio se sto lì". Ancora adesso a Colorno i matti di una volta vanno lì al pomeriggio; quando le persone stanno lì per trent'anni si istituzionalizzano a spese della propria mente, della propria libertà, del proprio vivere.

Noi su 1100 persone, 700 le abbiamo messe negli appartamenti, la maggioranza di questi sono usciti dai circuiti assistenziali perché la casa è libertà, autonomia, sicurezza, protezione ed è una cosa bella. I malati che abbiamo messo nelle fattorie, nelle comunità protette se non sono morti se non gli hanno messi negli ospizi, sono ancora la cronici.

D: Infatti lei dice che avete fatto quest'errore, perché?

R: E perché, scusa...

D: Non c'erano i mezzi?

R: Non c'era l'esperienza, ma chi al mondo ha chiuso un manicomio? Sara, si facevano, era la stagione che raddoppiavano tutto, è stata una mattata la nostra, però ragionata. Non c'era l'esperienza; nel 1850 un medico inglese ha fatto una comunità terapeutica, però dentro al manicomio, non c'era nessuna esperienza al mondo.

D: A Colorno, adesso che sono stata a far un giro, a vedere, a parte che ho trovato un degrado totale di quei padiglioni, non stanno facendo niente? Mi hanno detto che dentro hanno ristrutturato, non è più pericolante, l'hanno messo a posto però fuori è molto inquietante. Io sono stata lì e mi ha fatto una certa impressione, ragnatele, edere, ed è vuoto. Però è strano, ci

sono questi tavoloni di ferro con sopra le camice di forza e io mi sono chiesta perché; ho pensato che fossero delle mostre organizzate...

R: il direttore dell'USL, Pinelli, avrà avuto tutti i difetti che vuoi, la voleva chiudere questa comunità ma non c'è riuscito...

D: Hanno occupato, mi hanno detto.

R: L'hanno occupata, addirittura c'era uno che era con noi durante l'occupazione del manicomio, questo qua non ha capito niente...

D: mi sono avvicinata lì a parlare un po' e si è affacciata una persona, un infermiere, credo, che lavora lì e mi ha detto "Io sono entrato a Colorno nel '68..."

R: Gli infermieri lì hanno ancora le chiavi appese come ce le avevano nel manicomio. Quel gruppo lì non sono riusciti a chiuderlo...

D: Ah quindi non dipende da voi l'esistenza di queste comunità?

R: C'è stata una polemica che è durata dei mesi, tutti i giornali ne hanno parlato, ci hanno attaccato proprio i familiari montati da questi 2 o 3 personaggi. Ogni volta cercano di riproporre la struttura del manicomio; c'è ancora in Italia della gente che vuole il manicomio!

D: Questa gente non ha alternative o non vogliono fargli vedere che magari c'è un'alternativa a quella comunità?

R: È come quando un vecchio va in ospizio, in fondo, in fondo ai familiari, molti, la maggioranza lo fanno perché poveretti lavorano e non hanno la possibilità di garantire al loro vecchio un'assistenza 24h e loro sono costretti, col cuore che sanguina, ma molti si liberano, oggi stanno diventando la minoranza e la minoranza dei famigliari non ritornerebbero mai indietro ai manicomi. Sono i famigliari che non sono d'accordo, perché il direttore della USL aveva già dato la caparra per una villetta con gli apparenti... Per loro va bene così non spendono un cazzo!

D: Come funziona negli appartamenti?

R: Gli appartamenti sono per massimo 6 persone, vivono la vita di ogni giorno...

D: Ma a livello economico come fanno?

R: l'ASL da 220 mila lire al giorno, la retta è quella, puoi avere gli operatori 24h e loro ci mettono anche qualcosa di loro... Loro lì in comunità non lo sanno sono montati da quest'uomo, da questa donna... Tante volte il manicomio era una protezione per i medici e per gli infermieri, perché ti rompe i ciglioni lo legghi, lo riempi di psicofarmaci, perciò noi abbiamo vuotato i manicomi anche per questo motivo, per far conoscere alla gente cos'era il manicomio... i colornesi hanno capito, l'esempio di mio figlio è emblematico.

Noi abbiamo adeguato gli appartamenti a seconda del tipo di malattie, noi mettevamo della gente che bastava portarci il pasto e mandarci l'operatore, insegnarci un po' a far la spesa, andare in giro. E dei malati che di notte non era bene lasciarli da soli, allora ci mettevamo uno di notte; a seconda della persona tu adeguavi l'assistenza, però c'è il dato che a distanza di alcune decine d'anni dei mille e oltre persone che sono state portate fuori, non c'è stato un solo malato che abbia fatto del male a un altro o che abbia ammazzato un'altra persona, la famosa pericolosità, la puoi leggere adesso e noi sfidiamo chiunque, oh che poteva anche accadere eh, perché suicidi ne avvengono dappertutto. Una volta uno s'è ammazzato e allora il consigliere provinciale democristiano interviene a Colorno: "Tommasini, si suicidano i malati...", allora io avevo come segretario Cantini che è stato in manicomio 20 anni, abitava a Lesignano e lì era tra il pubblico e tutti gli volevano bene. Lui quand'era in crisi usciva con un cartello "VIVA LENIN, VIVA STALIN, VIVA MAO TSE-TUNG, VIVA TOMMASINI", andava in banca e mio figlio tornava a casa e diceva "Papà, parla con Cantini, io ho vergogna in mezzo a tutti questi fighetti". Era lì tra il pubblico Cantini, e dice "Sig. Presidente" e Righi "No Cantini, tu non puoi parlare", "Dunque s'è ammazzato il figlio di Barilla e hanno detto che è stato un incidente, si ammazza un povero e danno la colpa a Tommasini, ma un povero non ha neanche la libertà d'ammazzarsi?". Gelo!

Poteva accadere ma non è accaduto. Dal 66 sono passati 38 anni molti sono morti, altri sono ancora in giro a Parma, in provincia e non c'è stato un caso che uno abbia ammazzato un altro!

D: E invece, quando sono arrivati a girare il documentario Bellocchio e Silvano Agosti, com'è andata?

R: Io ho chiamato Bellocchio e gli ho detto: "Senti, sono un assessore di Provincia, io vorrei fare un film con i malati", e lui: "Ah guarda devo andare a Brobbio vado in ferie..." e allora ci siamo trovati a un autogrill sulla strada. Io gli ho detto: "Io voglio fare un film, ma solo con i malati di mente", e lui: "Con i malati di mente?", allora mi guarda e mi fa "Tommasini, è tardi, io devo andare" e mi ha piantato lì a Brobbio.

Però 4 giorni dopo mi telefona mi dice: "Senti Tommasini, io sono qua, mi piacerebbe venire a vedere un po' questi malati", e io: "Va bene vai con questi infermieri e vai a vistare queste strutture, fattorie, appartamenti, comunità".

E' stato qui una settimana, ha parlato con decine e decine di malati ed è andato in crisi. Mi ricordo un venerdì alle 4 di pomeriggio o un sabato che lui mi dice: "Guarda Tommasini è una cosa veramente straordinaria, io voglio fare qualcosa però io non sono mica d'accordo", e io: "Tu fai il film però sia chiaro che io non voglio nessuno psichiatra e nessun infermiere altrimenti il film non si fa!"

Abbiamo incominciato a parlare al pomeriggio nel mio ufficio giù a pian terreno, c'erano gli infermieri, tutti i compagni, siamo stati dentro in ufficio sino al mattino alle tre o alle quattro, a discutere e alla fine mi ha detto: "Guarda Tommasini, mi hai convinto facciamo il film senza medici" e abbiamo fatto il film.

Anche qua c'è una cosa bella: quando è sto presentato il film, dopo un anno hanno intervistato Bellocchio, "Ma lei avrà avuto delle noie con i suoi produttori?", e lui: "Eh, sì. Comunque guardi, l'unico periodo in cui sono stato bene è quando ho fatto il film con Mario Tommasini perché abbiamo discusso una metà giornata e una notte e poi non l'ho più visto, l'ho rivisto quando abbiamo presentato in anteprima con un gruppo di persone il film".

Io voglio che salti fuori la cultura diversa!