



# MEMORIE CHE CURANO/MEMORIE DA CURARE

Patrimoni culturali e  
deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino

a cura di  
Daniela Adorni, Davide Tabor





### **COMITATO SCIENTIFICO**

Guido Abbattista (Università di Trieste), Pietro Adamo (Università di Torino), Salvatore Adorno (Università di Catania), Filiberto Agostini (Università di Padova), Enrico Artifoni (Università di Torino), Eleonora Belligni (Università di Torino), Nora Berend (University of Cambridge), Annunziata Berrino (Università di Napoli Federico II), Giampietro Berti (Università di Padova), Pietro Cafaro (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Beatrice Del Bo (Università di Milano), Giuseppe De Luca (Università di Milano), Santi Fedele (Università di Messina), Monica Fioravanzo (Università di Padova), Vincenzo Lagioia (Università di Bologna), Alba Lazzaretto (Università di Padova), Erica Mannucci (Università di Milano-Bicocca), Stefania Mazzone (Università di Catania), Raimondo Michetti (Università di Roma Tre), Roberta Mucciarelli (Università di Siena), Marco Pasi (Universiteit van Amsterdam), Alessandro Pastore (Università di Verona), Lidia Piccioni (Sapienza Università di Roma), Luigi Provero (Università di Torino), Gianfranco Ragona (Università di Torino), Daniela Saresella (Università di Milano), Marina Tesoro (Università di Pavia), Giovanna Tonelli (Università di Milano), Michaela Valente (Sapienza Università di Roma), Albertina Vittoria (Università di Sassari).

### **COORDINAMENTO EDITORIALE**

Pietro Adamo, Giampietro Berti, Beatrice Del Bo, Luigi Provero

*Il comitato assicura attraverso un processo di double blind peer review la validità scientifica dei volumi pubblicati.*

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **MEMORIE CHE CURANO/MEMORIE DA CURARE**

**Patrimoni culturali e  
deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino**

a cura di  
**Daniela Adorni, Davide Tabor**

**FRANCOANGELI**

Il volume è pubblicato con un contributo del Dipartimento di Studi Storici dell'Università di Torino e rientra tra le azioni del PRIN 2022 *Narrazione e cura. La deistituzionalizzazione del sistema manicomiale in Italia: storia, immaginario, progettualità (dal 1961 a oggi)*.

Isbn: 9788835166689

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

Storie e patrimoni culturali della deistituzionalizzazione, di Daniela Adorni, Davide Tabor	pag.	7
---	------	---

## Contesti

Memorie della liberazione dal manicomio. Per una storia orale della deistituzionalizzazione a Torino, di Davide Tabor	»	21
L'inchiesta de «L'Espresso» sul manicomio dei bambini, di Riccardo Bessone	»	32
«Un veder le stelle». Il processo a Giorgio Coda per le torture commesse nell'Ospedale di Collegno e nell'Ospedale Villa Azzurra di Grugliasco, di Chiara Stagno	»	44
Femminismo ed esperienze della deistituzionalizzazione sul territorio: dalla materialità dell'oppressione alla soggettivizzazione di tutte, di Elena Stroppiana	»	54
L'occupazione del manicomio femminile e la nascita della Casa delle donne di Torino. Una concreta esperienza di critica femminista alle istituzioni totali, di Elena Petricola	»	65
Il ruolo delle organizzazioni sindacali nel superamento del manicomio: gli anni Sessanta e Settanta nell'ospedale psichiatrico di Collegno, di Antonio Macrì	»	75

## Patrimoni culturali

Gli Archivi dell'arte irregolare, di <i>Gianluigi Mangiapane</i>	pag. 91
Parole e immagini dalla Scuola di storia orale nel paesaggio della liberazione dal manicomio (Collegno, giugno 2022), di <i>Giulia Ferraris</i>	» 98
L'archivio degli ospedali psichiatrici torinesi, di <i>Rosanna Cosentino, Diana Cossa</i>	» 105
Ascoltando il passato, parlando al futuro: l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, di <i>Barbara Bosi, Alessandra Mossa</i>	» 113
Lo spirito dei tempi: gli anni Ottanta a Torino e l'Associazione Casap (Cooperative associate servizio alla persona), di <i>Umberto Zocca</i>	» 124
Il contributo della cooperativa sociale Progetto Muret al processo di deistituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico di Collegno e Grugliasco (Torino), di <i>Cristina Cappelli, Danila Mezzano</i>	» 139
Calligrafie e impronte di follia: dal Centro sociale Basaglia al Progetto Visiting, sfogliando gli archivi della cooperativa Il Margine, di <i>Mara Giacomelli, Sergio Sut</i>	» 157
Storia e archivio de La Nuova Cooperativa, di <i>Eva Coccolo, Francesca Boggio, Davide Tabor</i>	» 166
Il Sogno di una Cosa, di <i>Marco Gillio, Silvia Pina</i>	» 175
Arte ed emarginazione. L'esperienza di Stalker Teatro nei manicomi torinesi tra autobiografia e archivio, di <i>Gabriele Bocacini, Adriana Rinaldi</i>	» 183
<b>Gli autori</b>	» 193
<b>Indice dei nomi</b>	» 197

## *Storie e patrimoni culturali della deistituzionalizzazione*

di Daniela Adorni, Davide Tabor

Il percorso italiano per la deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici ha rappresentato un unicum che, anche grazie all'approvazione, nel maggio 1978, della legge n. 180 – ribattezzata “legge Basaglia” e assorbita nello stesso anno dalla legge n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale –, ha reso l'Italia il cuore di un confronto internazionale sulla gestione e sulla cura del disagio mentale e sul reinserimento sociale e territoriale dei soggetti vulnerabili e psichicamente fragili. L'esperienza italiana in ambito manicomiale si è avvalsa di approcci differenziati, che sono stati messi alla prova nel lavoro svolto all'interno delle istituzioni, ma anche di progetti e di prospettive future ancora valide e in parte da realizzare. Questi elementi rappresentano un patrimonio unico nel suo genere, da ripensare, rivalutare e rifunzionalizzare nel presente.

Il libro restituisce i primi risultati della ricerca sui “patrimoni culturali” della storia della deistituzionalizzazione, una vera e propria esplorazione di fonti e di archivi che alterna l'indagine storica, le azioni di censimento e di conoscenza dei patrimoni culturali e le iniziative di *public engagement* finalizzate a sperimentare forme originali di scambio tra lavoro culturale e socio-sanitario.

Che cosa rimane oggi della rivoluzione psichiatrica italiana, culminata nel 1978 con l'approvazione della legge e proseguita per anni, fino alla definitiva chiusura di tutti i vecchi manicomi alle soglie del nuovo millennio? Quali sono le eredità e qual è la memoria di questa trasformazione che investì l'intera società e che fu possibile proprio perché il largo movimento anti istituzionale e riformatore lavorò per abbattere non solo i muri di mattoni che circondavano i manicomi, rinchiudendovi a vita migliaia di persone private di ogni diritto, anzitutto di quello alla cura (se necessaria), ma anche e soprattutto le barriere dello stigma, dell'emarginazione e della separazione tra presunta “follia” ed esibita “normalità”?

La risposta a tali domande è oggetto di un variegato progetto di “storia applicata” portato avanti da alcuni anni dal Dipartimento di Studi Storici dell’Università di Torino che riguarda proprio le memorie e i patrimoni culturali della deistituzionalizzazione, con una particolare attenzione al caso torinese, contesto a lungo dimenticato, ma che permette di analizzare la complessità e la contraddittorietà di tale processo in una grande città industriale che contava quattro manicomi tra i più grandi d’Italia, tre dei quali quasi interamente destinati alle donne. Alcuni momenti di questa storia torinese riassumono bene i tratti di questa trasformazione e ne evidenziano le principali difficoltà emerse sul lungo periodo<sup>1</sup>: la nascita nel 1967 dell’Associazione per la lotta contro le malattie mentali (Almm), che fu fondamentale nella formazione nel movimento antiistituzionale torinese; la mobilitazione degli studenti e l’occupazione del manicomio di Collegno nel dicembre del 1968; l’attività della Commissione di tutela dei diritti dei ricoverati negli ospedali psichiatrici, promossa dall’Almm e che portò nel 1971 alla pubblicazione del libro *La fabbrica della follia*<sup>2</sup>; le esperienze critiche delle comunità terapeutiche, avviate tra il 1968 e il 1969, nel reparto 12 dell’ospedale psichiatrico di Collegno e nel reparto 5 del manicomio femminile di Torino, grazie all’opera, tra gli altri, degli psichiatri Annibale Crosignani, Giuseppe Luciano ed Enrico Pascal<sup>3</sup>; sempre grazie al ruolo dell’Almm, l’inchiesta de «L’Espresso» del luglio 1970 su Villa Azzurra, il manicomio dei bambini dentro l’ospedale psichiatrico di Grugliasco; l’esposto alla magistratura presentato dall’Almm per le violenze nei manicomi e il conseguente processo allo psichiatra Giorgio Coda, che portò alla sentenza nell’estate del 1974; il lavoro di deistituzionalizzazione con i bambini di Villa Azzurra, avviato a inizio anni Settanta nella struttura provinciale di Villa Mainero, nella collina di Torino, e proseguito negli anni seguenti anche con l’apertura delle prime comunità per minori; il Centro di salute mentale aperto da Enrico Pascal a Settimo torinese nel 1971<sup>4</sup>; la pubblicazione nel 1973, sempre per Einaudi, del libro denuncia sugli istituti per minori, curato dall’avvocata Bianca Guidetti Serra – legale di parte civile nel processo a Giorgio Coda – e dal fondatore dell’Unione per la lotta

1. Per una ricostruzione più ampia, cfr. Davide Lasagno, *Oltre l’Istituzione. Crisi e riforma dell’assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Milano 2012.

2. Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione di Torino, *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971.

3. Giuseppe Luciano, *Storia di un manicomio. Dallo “spedale de’ pazzerelli” alla chiusura dell’ospedale psichiatrico di Torino*, FrancoAngeli, Milano 2019.

4. Enrico Pascal, *Follia e ricerca. Una esperienza collettiva di sofferenza e liberazione*, Rosenberg & Sellier, Torino 1991.

contro l'emarginazione sociale Francesco Santanera<sup>5</sup>; la chiusura definitiva del manicomio femminile di Torino nel 1973, a seguito in parte di dimissioni, in parte di trasferimenti nelle altre sedi manicomiali o in cronicari; la sperimentazione del "settore" e l'apertura degli ambulatori psichiatrici territoriali; la pubblicazione del volume del giornalista Alberto Papuzzi *Portami su quello che canta*<sup>6</sup> nel 1977; dal 1978, l'apertura dei primi Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali civili e la graduale strutturazione dei servizi alternativi all'ospedale psichiatrico; l'occupazione dell'ex manicomio femminile nel marzo del 1979 da parte dei gruppi femministi, all'origine della Casa delle donne di Torino; dalla fine degli anni Settanta, seguendo il modello triestino, le prime "comunità ospiti" negli ex reparti manicomiali; la fondazione nel 1980, dentro il manicomio di Collegno, della prima cooperativa di inserimento lavorativo, La Nuova Cooperativa; il Progetto Handicappati con l'apertura, dal 1983 e grazie al lavoro di alcune cooperative sociali, delle prime comunità nell'area delle Ville a Collegno; l'avvio, tra il 1981 e il 1982, del Torino Progetto, il principale progetto torinese di deistituzionalizzazione; il nuovo utilizzo di Villa Mainero per la formazione professionale degli ex degenti soci de La Nuova Cooperativa e degli operatori (1982), successivamente struttura di passaggio tra "dentro" e "fuori"; l'apertura nel 1983 del Centro di appoggio terapeutico di via Giovanni da Verazzano e a Collegno del Centro sociale Basaglia; la costituzione a Grugliasco dell'associazione di ex degenti Primavera '85, seguita (1988) dall'Associazione Arcobaleno, formata da utenti dei servizi territoriali; il fondamentale ruolo svolto dagli anni Ottanta dalle cooperative sociali nel processo di deistituzionalizzazione, nella co-progettazione e nella gestione dei servizi (comunità esterne, gruppi appartamento, centri diurni, ecc.); la pubblicazione nel 1987 dell'indagine sull'assistenza psichiatrica a Torino promossa da Angelo Pezzana, Annibale Crosignani e Giuseppe Luciano<sup>7</sup>; l'esonero nel 1988 di Agostino Pirella dall'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici della Regione Piemonte; l'approvazione da parte del Consiglio regionale del Piemonte della legge n. 61 del 1989 *Disposizioni per l'assistenza ai malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici*; la definitiva chiusura a fine anni Novanta degli ospedali psichiatrici di Grugliasco e di Collegno; anni 2000 conclusione del Torino Progetto.

5. Bianca Guidetti Serra, Francesco Santanera (a cura di), *Il paese dei celestini. Istituti di assistenza sotto processo*, Einaudi, Torino 1973.

6. Alberto Papuzzi, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977.

7. Angelo Pezzana, *Relazione sui risultati di un'indagine conoscitiva condotta dal gruppo Lista Verde Civica*, Torino, 22 maggio 1987.

Questa cronologia della storia della deistituzionalizzazione a Torino, nonostante sia evidentemente parziale e incompleta, permette però di cogliere fin da subito la non linearità del processo, la presenza di spinte e di impostazioni diverse, spesso compresenti (talvolta divergenti), e permette soprattutto di intravedere la potenziale ricchezza della documentazione storica disponibile, prodotta nelle varie fasi, in differenti modalità e dai diversi soggetti (istituzioni, terzo settore, individui).

Nella struttura del volume, tre parole risultano fin dal titolo centrali e però problematiche: deistituzionalizzazione, memorie, patrimoni culturali. Nelle prossime righe cercheremo di spiegarne l'uso nella ricerca e proveremo a far emergere i principali aspetti teorici, metodologici e applicativi derivanti dal loro intreccio.

## **Deistituzionalizzazione**

A partire dagli anni Sessanta, ma soprattutto negli anni Settanta, molti erano stati gli esperimenti di trasformazione delle istituzioni psichiatriche in una logica di aperto contrasto all'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento e di rapporti di potere che si strutturavano attorno all'oggetto malattia mentale. La riforma psichiatrica del 1978 fece proprio il percorso di deistituzionalizzazione praticato fino a quel momento in alcune specifiche e circoscritte realtà e si propose come condensato delle innovazioni prodotte in quel percorso, aprendo potenzialmente la strada a una loro più ampia diffusione sul territorio nazionale<sup>8</sup>.

Dunque, quando si parla di deistituzionalizzazione, ci si riferisce a un processo di lunga durata che ebbe nella legge n. 180 una tappa, per di più – come lo stesso Basaglia commentò all'indomani della sua approvazione – solo in minima parte corrispondente alle aspettative e ai presupposti ideali che avevano innervato il progetto riformatore dipanatosi lungo i quindici anni precedenti. Certo, però, è che quella legge significò il successo, per quanto parziale, di un vero e proprio cambio di paradigma: da un'impo-

8. Ci limitiamo in questo contesto a richiamare le fondamentali riflessioni sul tema in: Franco Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria? Discussioni e saggi sulla realtà istituzionale*, Amministrazione provinciale, Parma 1967; Franco Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968; Ota De Leonardis, Diana Mauri, Franco Rotelli, *Deinstitutionalization, another way: The Italian mental health reform*, in «Health Promotion», n. 2, 1986, pp. 151-165; Cristiano Castelfranchi, Paolo Henry, Agostino Pirella, *L'invenzione collettiva. Per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1995; Franco Rotelli, *Quale psichiatria? Taccuino e lezioni*, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano 2021.

stazione custodialistica, coattiva e segregante che riduceva la persona alla sua malattia e in cui il manicomio costituiva l'unica risposta al disagio psichico, si era giunti infatti, da un canto, a mettere in discussione la stessa "scienza" psichiatrica, smascherandone la natura ideologica; dall'altro, a "reinventare" la gestione dell'assistenza psichiatrica, avendo come obiettivi l'eliminazione dell'internamento e la costruzione di servizi di comunità interamente sostitutivi. Ciò che riassumiamo con il termine deistituzionalizzazione (e che rende il caso italiano un unicum rispetto ad altre esperienze compiute all'estero nei medesimi anni) non è stata dunque solo chiusura dei manicomi, ma è stata soprattutto una proposta politica e sociale, misurata sul terreno delle pratiche, volta a ridefinire i rapporti di potere tra autorità e soggetti più deboli in favore di questi ultimi, o meglio, in senso più lato, a riformulare la relazione tra gli individui e la società.

In concreto, la deistituzionalizzazione in ambito psichiatrico fu un lungo e faticoso lavoro di decostruzione della soluzione istituzionale – incardinata sul modello medico malattia-diagnosi-terapia-“guarigione” (che si autolegittima, materialmente e simbolicamente, attraverso l’“istituzione totale” manicomio) – in nome di una diversa idea del rapporto terapeutico e di una nuova politica psichiatrica. Non più la malattia, ma la sofferenza del soggetto nel suo percorso di vita e nel rapporto con il suo contesto sociale; non più la gestione e il controllo del “malato”, ma il “prendersi cura” di esistenze sofferenti alle quali restituire parola e, potenziandone la soggettività, da rendere artefici del proprio reinserimento nel contesto sociale e ambientale e, anche, della messa in discussione del sapere psichiatrico e del ruolo tradizionalmente interpretato dai medici; non più una visione privatistica, individualistica e separata del rapporto medico-paziente, ma, per i tecnici, un dovere etico di cura e, da parte della collettività, un “farsi carico” di vite “diverse” ma sempre più ricche di risorse e di opportunità e sempre più titolari di diritti.

In questo senso, la deistituzionalizzazione ha comportato tra i suoi effetti non solo una sostanziale cultura della liberazione, ma anche la messa in discussione dell'identità dello psichiatra, delle sue teorie, delle sue prassi, e del complessivo sistema di cura. Certamente, abbattere i muri era il prerequisito per eliminare le barriere dello stigma, dell'emarginazione e anzitutto per restituire al “malato” quei diritti di cittadinanza che il manicomio negava. Ma prima di abbattere i muri occorreva aprire delle porte, quelle tra reparti e padiglioni, ma anche e soprattutto quelle tra pazienti e operatori: il rifiuto, da parte del tecnico, della custodia e coazione del “malato”, il rifiuto di dare risposte tecniche e coercitive a bisogni di natura politica e sociale, il rifiuto di gestire il problema della sofferenza umana in maniera privata e separata ponendo invece il fuoco sul contesto sociale e

ambientale in cui quella sofferenza si manifestava, costituiscono il cuore epistemologico della battaglia antistituzionale, centrale nel programma politico di Psichiatria democratica, fondata nel 1973. Quei rifiuti rivelavano il valore squisitamente politico della proposta tecnica: potenziare la soggettività della persona, porre attenzione alla vita quotidiana, lavorare per arricchire le risorse e le opportunità del paziente restituendogli una reale contrattualità sociale. Accanto a questi obiettivi e in armonia con essi, stava l'altro aspetto cruciale dell'approccio della nuova psichiatria: la centralità del territorio e il coinvolgimento di tutta la collettività quali perni imprescindibili della nuova concezione e delle nuove pratiche dell'azione politica. Eliminare l'internamento psichiatrico – e dunque l'istituzione manicomio, non solo come luogo escludente, segregante, violento, e in quanto tale produttore e ri-produttore di sofferenza, ma anche come precipitato delle diseguaglianze, discriminazioni e asimmetrie di potere nella “società dei sani” – si traduceva nella teorizzazione di una radicale trasformazione dei servizi territoriali affinché fossero essi, e con loro l'intera comunità, a fornire risposte adeguate ai bisogni di assistenza, cura, accoglienza e inclusione del disagio mentale. Occorreva insomma che cittadini, comunità locali, “utenti”, tecnici, tutti insieme, si mobilitassero, si organizzassero, costruissero soluzioni e producessero innovazioni nel modo di funzionare delle strutture. Non a caso, l'avvio del processo di deistituzionalizzazione avvenne proprio all'interno dell'istituzione stessa: gli spazi, i degenti, il personale sanitario, le risorse di quella “macchina del manicomio” volta non a curare ma a produrre “malattia” furono il primo terreno sul quale si costruì l'alternativa. Bastava semplicemente mutare lo sguardo: quelle porte chiuse potevano essere aperte per creare socialità; di quei muri che segregavano esistenze sofferenti bastava cogliere e potenziare la porosità; la passività dei ricoverati così come la pretesa neutralità e scientificità delle tecniche di cura della psichiatria tradizionale si sarebbero dovute azzerare attraverso un processo di mobilitazione e partecipazione che coinvolgesse tutti gli attori in scena; la relazione di potere tra medico e paziente si sarebbe dovuta trasformare nella direzione di una ripresa di soggettività da parte del secondo e, da parte del primo, di un approccio terapeutico accogliente la diversità e inteso ad accompagnare quella diversità fuori dal manicomio. Insomma, decostruire l'istituzione (e dunque la malattia-istituzione) dall'interno, gettando le basi di una nuova politica di salute mentale “dal basso” per offrire, in prospettiva, risposte sostitutive all'istituzione stessa e distruggere quella “logica manicomiale” che pervadeva molte delle strutture organizzative della società.

La peculiarità della deistituzionalizzazione italiana sta proprio in questo: nella gradualità con cui si attuò il passaggio dei manicomi da luoghi

di internamento a spazi di impegno per il parziale recupero degli internati fino all'orientamento dei servizi nella direzione di una salute mentale di comunità, di una comunità intesa non solo quale destinataria, ma quale risorsa fondamentale e parte attiva nei processi di cura.

In questo percorso di dinamizzazione del sistema della salute mentale che vide protagonisti principali i tecnici che lavoravano all'interno dell'istituzione, ma che vollero aprire l'istituzione all'esterno decretandone così l'inutilità e provocandone il disfacimento, non mancarono contraddizioni e dinamiche conflittuali, ma il risultato complessivo fu senza dubbio positivo se non altro perché la fine dell'internamento innescò un processo sociale più vasto in cui l'emergere di nuove domande e di una nuova cultura dei bisogni obbligò l'intera rete istituzionale a fornire risposte rinegoziando, trasformando e innovando giocoforza i propri obiettivi.

### **Memoria/memorie della deistituzionalizzazione**

Se tra i compiti della disciplina storica rientra la problematizzazione del rapporto tra passato e presente, per la centralità che tale relazione ha nelle vite degli individui e delle collettività, è chiaro che la memoria offre un campo di ricerca privilegiato per rifletterci. La memoria è inscindibile per esempio dai processi di formazione delle identità (individuali e collettive), delle relazioni, delle soggettività e dai meccanismi decisionali, anche politici. Grazie all'azione del ricordare – consapevole o inconsapevole, in privato o in pubblico, con le emozioni e con la razionalità – il passato dialoga costantemente con il presente, genera quella dimensione nuova che nasce nel rapporto circolare tra ieri e oggi e produce una diversa temporalità: la memoria, appunto. Di conseguenza, dobbiamo riconoscere la pluralità delle memorie, e non solo perché i soggetti e i gruppi che le producono sono molti, ma anche perché queste memorie cambiano in base al mutare del contesto di formazione e ai dispositivi usati per comunicarle (la parola orale o scritta, le fotografie, gli audiovisivi, le feste, gli oggetti, i monumenti, le opere d'arte, ecc.): in questo senso, la memoria può anzitutto essere pubblica, collettiva e individuale. Parliamo di memoria pubblica quando è il prodotto di soggetti e di istituzioni interessati a generare una narrazione comune, al di là degli esiti e del grado di ricezione (talvolta coincide con la memoria ufficiale); parliamo di memoria collettiva quando è costruita e coltivata da singole comunità di memoria, tendenzialmente gruppi sociali limitati per estensione o per località, accomunati da una narrazione del passato prevalentemente legata a un medesimo vissuto; parliamo infine di memoria individuale quando riguarda il passato delle singole persone e il loro modo di organizzarlo e riorganizzarlo.

Per molto tempo i manicomi sono stati luoghi chiusi, non solo per le persone che vi erano ricoverate, ma anche nelle immagini dell'opinione pubblica. In Italia, soprattutto dalla fine degli anni Sessanta, il loro racconto pubblico ha iniziato a cambiare grazie alle azioni del movimento anti istituzionale, degli psichiatri riformatori e grazie alle “voci” che iniziarono a oltrepassare i muri e i cancelli – materiali e immateriali – degli ospedali psichiatrici: le parole delle internate e degli internati – a cui era finalmente “restituita soggettività” – cominciarono così a diffondersi e a essere ascoltate, insieme a quelle di chi criticava l’“istituzione totale” e operava per rivoluzionare le culture della malattia e per modificare le pratiche della cura. In periodi diversi, tali testimonianze hanno prodotto varie memorie della liberazione dal manicomio – memorie individuali e collettive formatesi a opera di singoli gruppi, dipendenti dai vissuti personali e professionali e dalle esperienze politiche, coltivate da precise comunità del ricordo, condizionate dalle appartenenze di genere, legate a luoghi specifici, diffuse attraverso particolari dispositivi, canali e strumenti di comunicazione – che a loro volta hanno influito sulla formazione di narrazioni e di memorie pubbliche.

Alla luce di queste minime ed essenziali coordinate, torniamo alla domanda iniziale: qual è oggi la memoria della rivoluzione psichiatrica italiana? Per rispondere è però necessario chiedersi a quale memoria ci si riferisca. Se parliamo della memoria pubblica, essa è indubbiamente dominata da una narrazione prevalente medico-psichiatrica e istituzionale, che conferma alcuni caratteri del “canone memoriale”, fortemente (per certi versi, inevitabilmente) schiacciato sulla figura di Franco Basaglia e sul ruolo degli psichiatri, per quanto rivoluzionari. Tale narrazione nasconde però molti ed essenziali elementi di questo processo scarsamente lineare: la maggior parte degli attori implicati, relegati a essere soggetti passivi o comprimari, e il loro contributo; i vissuti individuali e la qualità delle relazioni; le fasi, le contraddittorietà, i limiti e gli errori delle politiche e delle pratiche di salute mentale; la sperimentazione delle forme di presa in carico; la complessità e la fatica del processo di soggettivizzazione e ri-soggettivizzazione.

C'è da chiedersi in che modo questa memoria pubblica sia stata affiancata da altre memorie – anche opposte – e quanto essa abbia influenzato (e influenzi tutt'oggi) la formazione delle memorie dei gruppi e degli individui.

## **Patrimoni culturali della deistituzionalizzazione**

Negli ultimi anni esperienze e centri che coniugano le discipline mediche e scientifiche alle Humanities si sono diffusi a livello internazionale e nazionale, per iniziativa di università, governi, fondazioni e finanziatori

privati. Nella maggior parte dei casi, l'orientamento prevalente riguarda l'applicazione del sapere umanistico e l'utilizzo dei patrimoni culturali nel campo medico e del well-being (topics: heritage wellbeing health); un ambito di relativo successo è quello della medicina narrativa, che prevede forme di diretta applicazione delle metodologie della ricerca nelle scienze umane all'area clinica e terapeutica. Esiste inoltre una crescente attenzione a progetti che implicano l'uso della creatività, dell'arte e dei patrimoni nel lavoro clinico e sociale; in ambito museologico e museografico si è da tempo aperta una riflessione sull'accessibilità di esposizioni e musei alle differenti tipologie di pubblici, con una particolare sensibilità all'implementazione delle modalità di fruizione da parte di persone con disabilità o fragilità. Infine, i luoghi della memoria dell'assistenza e della psichiatria sono talvolta diventati spazi museali e archivi tematici.

Nelle università europee e statunitensi esistono varie esperienze che seguono tali direttrici nella ricerca e nella didattica, e tra le più note vi sono certamente il Center for Medical Humanities and Social Medicine della Johns Hopkins University e il Department of Medical Humanities and Ethics della Columbia University. Caratteristiche per certi versi analoghe hanno, a livello nazionale e locale, i casi del Centro studi Medical Humanities dell'Università di Bologna, il Cultural Welfare Center di Torino, il Centro Documentazione Storia dell'Assistenza e della Sanità Piemontese che afferisce al Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Regionale dell'Ospedale di Alessandria e il Cesdem – Centro studi per la storia della devianza e della marginalità, un gruppo di ricerca nazionale costituitosi per iniziativa dell'Istituto storico della Resistenza di Cuneo.

In generale, dunque, il rapporto tra scienze della vita e scienze umane appare squilibrato, con le seconde al servizio delle prime, senza che vi sia un reale scambio teorico e metodologico tra discipline con interessi, finalità e oggetti di studio tradizionalmente distanti. Sono pochi i casi di Centri di ricerca che sperimentano un sistematico lavoro interdisciplinare, con esiti e acquisizioni in ogni ambito del sapere e con al centro le discipline storiche<sup>9</sup>; in ambito museale e archivistico si distinguono numerose esperienze, ma spesso a carattere locale e tematico<sup>10</sup>.

9. Tra questi, citiamo il Centre for the Humanities and Health (CHH) del King's College di Londra, lo Health Humanities Centre UCL (University College London), il CER-MES3 – Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (EHESS - Université Paris Cité) e il Centre de Recherches Historiques de l'Ouest (universités d'Angers, Bretagne Sud, du Maine, de Rennes 2 et du CNRS).

10. Oltre ai diversi casi italiani (si rimanda al network *Mente in rete*), segnaliamo l'interessante HMMB – Histoire(s) & Mémoire De Maison Blanche e la Société d'études

È nostra convinzione che i patrimoni culturali della deistituzionalizzazione offrano un campo promettente e un insieme estremamente variegato di casi utile a sperimentare inedite linee di ricerca e innovative forme di fruizione. Essi sono multiformi per tipologia ed eterogenei per le modalità di formazione, poiché comprendono archivi tradizionali e biblioteche, beni storico-artistici e architettonici, luoghi della città del passato e spazi della stratificazione storica, materiale audiovisivo e fotografico, raccolte di interviste e di oggetti, oltre a molto altro.

Tali patrimoni vivono oggi una doppia emergenza: la prima riguarda il loro destino, le difficoltà della tutela, della conservazione e della gestione dei differenti oggetti patrimoniali e degli spazi a elevato rischio di degrado; la seconda emergenza riguarda invece il loro utilizzo, che risulta essere tuttora eccessivamente trascurato e minimizzato sia dalla ricerca sia dalle varie forme di comunicazione, di uso pubblico, di valorizzazione o di musealizzazione. Eppure questi patrimoni culturali hanno una potenzialità in gran parte inespressa, perché rivelano le fragilità e le paure più profonde dell'essere umano: essi infatti parlano tanto del passato quanto del presente e invitano i diversi fruitori all'adozione di uno sguardo obliquo, attento cioè alla storia e ai temi della conservazione, ma sensibile anche e soprattutto alle questioni e alle contraddizioni più rilevanti dell'età contemporanea. A partire dalle caratteristiche di questo enorme capitale del passato, la prospettiva storica può, più di altre, aiutare a generare domande attuali – per esempio: che cosa significa storicamente stare da una parte o dall'altra di una barriera? come e perché si costruiscono i muri? perché si attraversano? quando si abbattono? quali disequaglianze investono le diverse società, in tempi e contesti differenti? – e invitare a riflettere sulle eredità dei processi nel tempo, i cui segni più evidenti sono proprio i patrimoni materiali e immateriali della deistituzionalizzazione italiana, da curare, da usare, da conservare, ma più di tutto da conoscere e da valorizzare. Lo può fare anzitutto la prospettiva storica, unita alla conoscenza dei processi che hanno portato all'assistenza, alla medicina e alla psichiatria moderne, perché le specificità di questi beni e le storie che raccontano spingono tutti noi a problematizzare in forme nuove e non ovvie la complessa relazione che lega sempre passato e presente, facendo leva su quella responsabilità civile del mestiere di storico troppo spesso ignorata, la cui utilità si può misurare anche nell'ambito della medicina o dei servizi alla persona.

et de recherches historiques en psychiatrie (Neuilly sur Marne). Di particolare rilievo per le strategie di patrimonializzazione sono i casi dei "mind museums", a cominciare dal The Glenside Hospital Museum di Bristol e dal Bethlem Museum of the Mind di Londra.

A partire dalle potenzialità di questi straordinari patrimoni culturali, il libro presenta collezioni, raccolte e archivi, ricostruisce vicende e ripercorre biografie individuali e collettive, con l'obiettivo di contribuire al dibattito sulle strategie innovative di utilizzo delle fonti storiche per iniziative in ambito sociale e culturale e per azioni nel campo della cura della persona e della presa in carico, esplorando così nuove aree di interazione tra discipline, saperi e pratiche e nuove frontiere della *public history* e della *storia applicata*.

Il volume è diviso in due parti. I contributi della prima parte – *Contesti* – con oggetti, approcci e metodologie differenti, cercano di introdurre elementi interpretativi sul caso torinese, esemplificando l'utilizzo di specifiche fonti o di particolari archivi. La seconda – *Patrimoni culturali* – intende dar conto dell'azione di censimento delle diverse tipologie documentali. Pur riuscendo a prendere in considerazione solo una parte dei patrimoni della deistituzionalizzazione, essa permette di coglierne la ricchezza e la varietà, di presentare le peculiarità nello studio e nella conservazione, di individuare alcune emergenze e criticità. Sette dei dieci contributi di questa sezione sono dedicati ad archivi di associazioni e di cooperative nate nel processo di deistituzionalizzazione e comprendono una breve scheda "autobiografica" e una prima descrizione del materiale: documenti solo in minima parte ordinati, e in gran parte da censire e inventariare, con azioni mirate in corso di attuazione.



*Contesti*



# *Memorie della liberazione dal manicomio. Per una storia orale della deistituzionalizzazione a Torino*

di Davide Tabor

Il saggio analizza le memorie della lunga storia del superamento dei manicomi italiani attraverso l'esame di testimonianze orali a persone che, dagli anni Settanta e con ruoli diversi, hanno contribuito alla deistituzionalizzazione a Torino, dove erano presenti quattro ospedali psichiatrici tra i più grandi d'Italia<sup>1</sup>. L'obiettivo è indagare le rappresentazioni culturali e gli esiti del processo di ri-soggettivizzazione delle individualità recluse, mettendo in luce la problematica e contraddittoria relazione tra il processo di restituzione della parola e i percorsi di liberazione<sup>2</sup>.

## **Memoria pubblica e memorie individuali**

Intorno alla lunga storia del superamento degli ospedali psichiatrici, della liberazione di migliaia di persone dall'esperienza reclusiva dell'istituzione totale e, in parallelo, della sperimentazione e della costruzione di nuove pratiche e servizi di salute mentale, si è consolidata una memoria pubblica estremamente semplificata, con alcuni caratteri facilmente identificabili con luoghi, persone e date: le memorie del movimento anti istituzionale e dei favorevoli alla legge di riforma si sono coagulate intorno alla figura di Franco Basaglia, alla città di Trieste e al 1978<sup>3</sup>. Questi tre

1. Un'attenta ricostruzione del caso torinese si trova in Davide Lasagno, *Oltre l'Istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Ledizioni, Milano 2012. Si veda anche Giuseppe Luciano, *Storia di un manicomio. Dallo "spedale de' pazzerelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino*, FrancoAngeli, Milano 2019.

2. Se ci sono studi di storia orale dell'internamento manicomiale, non esistono attualmente analoghe ricerche sul processo di deistituzionalizzazione.

3. Naturalmente esistono altre memorie del processo di deistituzionalizzazione, anzitutto quelle di chi contrastava la riforma psichiatrica o quelle di chi criticava la radicalità del movimento basagliano e il modo in cui la legge n. 180 fu applicata: si pensi, per esempio, ad alcune associazioni dei familiari e a una figura come quella di Mario Tobino.

elementi del “canone memoriale” non sono però sullo stesso livello e, anzi, prevedono una gerarchia dei ricordi: l'impropria definizione della legge n. 180 del 1978 come “legge Basaglia” riassume il messaggio prevalente, tutto incentrato sul ruolo dello psichiatra veneziano e sulle presunte conseguenze immediate della norma<sup>4</sup>. In sintesi, tale rappresentazione memoriale della rivoluzione psichiatrica italiana mette in primo piano in modo esclusivo il contributo di Franco Basaglia nel dibattito politico che portò alla legge che – come si dice spesso – chiuse i manicomi italiani: essa dunque, fortemente (per certi versi, inevitabilmente) schiacciata sulla figura di Franco Basaglia e sul ruolo degli psichiatri, per quanto rivoluzionari, risulta così dominata da una narrazione prevalente medico-psichiatrica e istituzionale totalmente polarizzata sull'anno di approvazione della legge n. 180 e, in subordine, sull'esperienza triestina. Alcuni titoli giornalistici in occasione del quarantesimo anniversario della legge sono piuttosto esplicativi: *Legge Basaglia 40 anni fa la legge che chiuse i manicomi*, il servizio del Tg1 andato in onda l'11 maggio 2008<sup>5</sup>, *Quarant'anni fa la fine dei manicomi*, lo speciale di Repubblica online<sup>6</sup>, e *Legge Basaglia: 40 anni senza manicomi, cosa resta della rivoluzione*, l'approfondimento dell'Ansa<sup>7</sup>.

Le interviste permettono di ri-articolare questa memoria e di problematizzarla. Ho infatti in corso una ricerca di storia orale sulla deistituzionalizzazione a Torino: Torino era una delle più grandi aree metropolitane d'Italia, era una città industriale, viveva un ingente flusso migratorio, affrontava forme di disagio diffuso (abitativo, economico, sociale, ecc.) e i suoi ospedali psichiatrici (Torino, Collegno, Grugliasco e Savonera) arrivarono a contare negli anni Settanta quasi 6.000 internati<sup>8</sup>. Essi furono il fulcro della rivoluzione psichiatrica in Piemonte e, a livello nazionale, rap-

4. Mi limito a rimandare a: John Foot, *La “Repubblica dei Matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017. Per un inquadramento: Vinzia Fiorino (a cura di), *“Rivoltare il mondo, abolire la miseria”. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia, 1953-1980*, Ets, Pisa 1994; Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001; Valeria P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; Oreste Pivetta, *Franco Basaglia, il dottore dei matti: la biografia*, Baldini & Castoldi, Milano 2014. Per un'analisi della narrazione “basagliana”: Marina Guglielmi, *Raccontare il manicomio: la macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Franco Cesati, Firenze 2018.

5. [www.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-6c5dc56a-ea0f-425b-9fa5-60edbc6d27e3-tg1.html](http://www.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-6c5dc56a-ea0f-425b-9fa5-60edbc6d27e3-tg1.html) (ultima consultazione 21 luglio 2023).

6. [www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2018/05/13/foto/quarant\\_anni\\_fa\\_la\\_fine\\_dei\\_manicomi-196255732/1](http://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2018/05/13/foto/quarant_anni_fa_la_fine_dei_manicomi-196255732/1) (ultima consultazione 21 luglio 2023).

7. [www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2018/05/09/ansa-quaranta-anni-fa-la-fine-dei-manicomi-ma-restano-criticita\\_344b79f8-9772-44ea-a38b-3c1d006c5601.html](http://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2018/05/09/ansa-quaranta-anni-fa-la-fine-dei-manicomi-ma-restano-criticita_344b79f8-9772-44ea-a38b-3c1d006c5601.html) (ultima consultazione 21 luglio 2023).

8. L'ospedale psichiatrico femminile di via Giulio ha Torino ha chiuso tra il 1970 e il 1973, quello di Savonera nel 1978; Grugliasco e Collegno ebbero storie più lunghe.

presentarono fin da subito uno dei principali laboratori ove sperimentare l'applicazione dell'esperienza basagliana di Gorizia (e successivamente di Trieste) in contesti molto più complessi e problematici<sup>9</sup>. Ho selezionato un ampio gruppo di testimoni in modo da raccontare questa esperienza a partire da diverse posizioni e ruoli – interni ed esterni all'istituzione manicomiale – e non solo ovviamente in riferimento agli anni Sessanta e Settanta, quelli che portarono alla riforma: dal personale medico e di cura dell'ospedale psichiatrico (psichiatri, psicologi, infermieri) e dei successivi servizi territoriali; dagli amministratori e dai dirigenti degli ospedali psichiatrici torinesi; dai politici e dagli amministratori locali; dagli operatori sociali e dai dirigenti delle nascenti cooperative legate alla salute mentale; dai soci delle associazioni che si occuparono dei diritti dei malati o dei familiari<sup>10</sup>.

Le memorie individuali di chi è stato protagonista del processo di deistituzionalizzazione torinese smentiscono, su almeno tre questioni fondamentali, i caratteri della memoria pubblica della chiusura dei manicomi italiani: tempo, spazio e soggettività coinvolte. Lo vedremo con alcuni esempi.

## Tempo/tempi

I tempi della riforma psichiatrica sono lunghi e dipendono da caso a caso: nella stessa provincia, per esempio, coesistono tempistiche differenti per ciascun ospedale psichiatrico, per i vari reparti, per gruppi di persone (in base alle zone di provenienza, all'età, al genere, alle cause del ricovero, alle situazioni familiari, ecc.), e si susseguono fasi, accelerazioni, rallentamenti e momenti di stasi. Esistono inoltre i tempi soggettivi, dei pazienti e di chi con loro ha operato e oggi ricorda quegli anni, che proprio le interviste aiutano a considerare.

M., ex operatore d'appoggio (educatore)<sup>11</sup> di una cooperativa operante a Collegno, così racconta:

9. Si veda per esempio Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione di Torino, *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971.

10. Per il presente contributo utilizzerò alcuni stralci di poche interviste da me realizzate tra il 2022 e il 2023.

11. C. lavorava in una delle principali cooperative coinvolte dagli anni Ottanta nella deistituzionalizzazione, e così descrive questa figura professionale: «Non doveva essere un ruolo educativo, ma aver chiamato questo ruolo operatore d'appoggio andava proprio a pescare rispetto all'idea che la necessità era quella di avere una figura sociale, quindi non sanitaria, che avesse... che fosse portatrice di contatti nel mondo e che stesse al fianco della persona. Quindi rispettosa della sua storia e della sua identità e allo stesso tempo in grado di sostenere la persona in questo processo di accompagnamento e di cura, in qualche modo. Si faceva contestualmente molto lavoro di formazione e di cultura su cosa voleva dire fare questo lavoro, che secondo me è una roba ancora valida oggi in ambito psichiatrico» (intervista del 23 marzo 2022).

I primi tempi sono veramente tempi di grandi risultati... Grandi, dobbiamo intenderci... [...] La differenza tra noi e quel tipo di gestore precedente crea magari anche qualche difficoltà, qualche ospite che, insomma, sì... però stimola tantissimo. Mi ricordo una persona che non usciva, che non usciva assolutamente, ma non per... È che non riusciva a fare i gradini, aveva paura di fare i gradini. Che poi erano gradini molto normali, ma lui aveva un blocco. Pian pianino, pian pianino, due gradini e si spaventava... allora vabbè, questa volta... Poi alla fine è riuscito ad arrivare in fondo alla scala e quindi poi anche lui è riuscito a uscire, è riuscito a... Quindi di piccole cose di questo genere – che per noi erano miracoli, erano comunque cose importanti, in quella prima fase – se ne sono viste tante. Proprio perché era un momento di grandissima rottura tra un grado zero della relazione e invece un grandissimo impegno<sup>12</sup>.

ML, educatrice di comunità di una cooperativa sociale, richiama l'attenzione sul fatto che, alla vigilia degli anni Novanta, i manicomi fossero ancora perfettamente operativi – «Non è che nel 1988 ci fossero stati chissà quali cambiamenti...» – ma rimarca soprattutto l'eterogeneità dei tempi: «C'era chi non ce la faceva e chi diceva di no... Il passaggio della transizione aveva durate variabili [...] Non riuscimmo a portarli fuori tutti: il 1999 fu poi uno strappo»<sup>13</sup>.

N., educatrice di un gruppo appartamento, racconta la ripetitività del lavoro di cura, anche a molti anni di distanza dall'uscita dal reparto:

C'era una certa ideologia di libertà... Ma se hai i capelli sporchi, ti prude la testa. Era l'esasperazione di essere movimentisti e la cura di certi dettagli era considerata glamour [...] Questi si denudavano... in comunità io lo aiutavo a rivestirsi. Poi poteva capitare venti volte al giorno, e io lo rivesto venti volte. No, nei reparti non era così<sup>14</sup>.

Sui rischi della ripetitività del lavoro e sugli antidoti si è espressa C.

Un lavoro che rischia di essere routinario se non gli ridai senso costantemente. Il lavoro di cura è così, un po' come quello domestico. Ripetitivo. Se non è sostanziato da motivazioni e da un senso che tu vedi al di là del gesto che tu fai quel giorno, si appiattisce.

Durante l'intervista ML riprende alcuni degli stessi temi, ma l'attenzione ai vissuti e ai tempi dei pazienti diventa preponderante nei suoi ricordi:

12. Intervista del 29 marzo 2022.

13. Intervista del 29 marzo 2022.

14. Intervista del 7 aprile 2022.

Noi vivevamo con loro. Piano piano... una persona che si spoglia in continuazione, se tu lo abitui a rivestirlo poi qualcosa addosso tiene sempre di più. Noi avevamo anche dei giovani, che arrivavano da Villa Azzurra, persone entrate da bambine, io me ne ricordo uno, mi ricordo E., lui mangiava di tutto [...]. Avevamo nel cortile un cane, che non era neanche nostro. [...] Ce la mettevamo tutta perché a pranzo le persone mangiassero, non mettessero le mani nel piatto, ci fossero le portate, mangiassero senza trangugiare, e poi E. appena ti distraevi perché stavi preparando saltava dalla finestra e andava a mangiare la pappa del cane. Tu avevi passato un'ora a lavorare sul pranzo...

In un altro passaggio:

Una delle caratteristiche trasversali era l'apatia di queste persone, un po' erano già grandi, avevano tutti una bella età, e un po' avevano passato la vita a far niente... poi arrivavamo noi a stressarli, con ventimila ideone. Da parte nostra c'era velleità nel fare proposte, nel cercare di attivarli, nel dare dinamicità alla loro vita, ma loro facevano giustamente la loro resistenza, della serie: lasciami stare.

Anche M. parla più volte dello scarto tra l'entusiasmo di chi entrava a lavorare in manicomio per distruggere l'istituzione totale e i tempi, nonché i freni, di alcuni pazienti:

Mi ricordo un altro aneddoto di un ospite che a un certo punto, ci accorgiamo che sapeva andare molto bene in bicicletta, ma ovviamente non andava in bicicletta da chissà quanto, e ovviamente la bicicletta... E allora spesso lo stimolavamo, lui era piemontese. La battuta che a un certo punto ci fa è: Oh, ma mi sun pà ubligà! Perché tutte le volte che arrivava qualcuno in turno diceva: dai, vatti a fare un giro in bicicletta. E lui dopo un po': oh, avete rotto le scatole.

Le vite fuori dai reparti, nelle comunità interne oppure nelle strutture esterne, stratificavano dunque tempi diversi, che dipendevano anche dalle varie soggettività coinvolte<sup>15</sup>. Ne parla A., operatrice d'appoggio:

Quello che c'era, era... Quello che ti arrivava da parte di chi ci lavorava da anni e che sicuramente aveva... Lavorare anni e anni in un posto che è chiuso – perché era stato chiuso e per tanti aspetti lo era ancora, poi sicuramente il muro era già sceso, il mondo era entrato, sicuramente... ma tu sentivi ancora quello che produceva tutto questo. Perché c'è stato ovviamente... come dire... la chiusura, no? la tirata giù del muro, ma tantissime persone non ce l'hanno fatta... Quindi tu vivevi questo, anche direttamente, perché c'erano pazienti – e questo te lo facevano pa-

15. Molte riflessioni sul lavoro di cura si trovano in Maria Teresa Battaglino, Cristina Cappelli (a cura di), *A cura di: narrazioni e pratiche del lavoro sociale*, Cartman, Torino 2008.

gare gli infermieri – che andavano in crisi dopo che tu magari avevi fatto delle attività. Loro ti dicevano: «no, no, il paziente non è più in condizione di venire». E tu un po' dicevi: «ma perché vuoi tu che sia così? O perché è davvero così?». Quindi magari insistevi e loro ti lasciavano fare, quasi a volerti mostrare che la crisi prima o poi arrivava, e il paziente andava in crisi. E questo accadeva. Non è che perché arrivavamo noi il paziente era compensato, di nuovo bello, diciamo, per il mondo. No, no, non era così. Io ricordo un paziente a cui ero molto legata [...] che andò in crisi catatonica dopo che eravamo andati a Corio – lui era di Corio – pranzo fuori, a visitare la casa dei suoi parenti, dove lui era stato, aveva vissuto, ed è andato in una bella crisi catatonica che è durata un mesetto. E lì, per non far scendere le bombe addosso a noi come progetto, ai sociali, han detto «allora adesso dimostriamo che però non è che noi siamo...». Perché noi eravamo accusati di rompere, ma di rompere in modo arrogante una situazione che loro sapevano invece come doveva essere controllata. Loro lo sapevano, certo: se un paziente andava in crisi, veniva legato, le porte erano chiuse e il mondo non lo sapeva. Quindi fummo invitati – e lo facemmo – a fare turni serali e a imboccare G. Questo è un esempio<sup>16</sup>.

E poi c'era la lentezza del lavoro a casa, quello finalizzato a ricostruire l'abitudine alla quotidianità, che ricorda chiaramente C.:

Per aiutare le persone a uscire da questa routine dell'istituzione totale era anche necessario per ridare un senso a degli aspetti di vita anche molto ritualizzare. Quindi c'era proprio un'attenzione alla ritualizzazione di alcuni aspetti, momenti della giornata, che erano anche molto scanditi. Quindi la quotidianità era molto scandita, la colazione era la colazione, veniva gestita in un certo modo, le tazzine dovevano avere i piattini e non essere senza piattini, doveva essere allestita con cura, non prendo il caffè così al brucio. Questa roba qua, che per noi che eravamo giovani era forse la parte più difficile, in realtà ne abbiamo poi anche capito il senso, perché riuscivi su questa ritualizzazione a far sì che le persone stessero, venissero e stessero. Quindi il pranzo, la cura del pranzo... c'era anche una ritualizzazione lì, nel senso, che ne so, la primavera arriva il 20 di marzo, allora si organizza il pranzo di primavera. E il pranzo di primavera ha le insalatine fresche, le frittatine con le erbe...

## **Spazio/spazi**

Lo spazio della deistituzionalizzazione è estremamente dilatato. Non solo perché i luoghi si moltiplicarono molto rapidamente – manicomio, reparti chiusi, comunità interne, comunità esterne, il parco, le case di cura

16. Intervista del 24 ottobre 2022.

private, gli ambulatori, i centri diurni, i gruppi appartamento, le case, i luoghi di lavoro, i bar, i circoli, le bocciofile, le vacanze al mare o in montagna, Spdc, ecc. – ma anche e soprattutto perché difficilmente si crearono in tempi brevi nuove geografie reali per i soggetti liberati. Per tanti, infatti, esistevano continuità di gesti, abitudini, vissuti, impressioni tra la vita repressa dentro i reparti e le nuove routine in comunità, in appartamento, in famiglia. Alcuni difficilmente coglievano la novità.

Vediamo intanto le parole con cui i testimoni hanno descritto molti di questi spazi.

I reparti: «L'odore non te lo dimentichi, è una memoria ancestrale, tutti se lo ricordano»; «Quasi tutti chiusi e operativi nel 1983»; «I reparti non sono migliorati, solo quando sono stati chiusi; il miglioramento c'era dal reparto alla comunità»; «I bagni erano in una condizione raccapricciante; eravamo giovani, abbiamo preso l'acido muriatico, poi l'acqua calda e... bum, quasi ci restavamo»; «Avevamo iniziato un corso in cooperativa per gestire la mensa insieme ai degenti: li rincorrevamo nei reparti, molti non avevano intenzione di lavorare. Alcuni erano lentissimi... Era una scommessa». L'odore è una costante dei ricordi dei diversi ambienti, e su questo si dilunga A.

Quello che non ti toglievi mai di dosso era l'odore. Era un odore... non ti posso... Nel reparto sì, era un odore forte, era un odore di urine, di disinfettante... Nelle comunità non era così violento questo odore, ma te lo portavi, quando uscivi e rientravi... Io lo riconoscevo. Era un odore forte, o di mensa, pasti preparati, c'era questa mescolanza.

Io ero abbastanza insofferente, non amavo troppo rimanere dentro. Cercavo di organizzarmi in modo che il paziente fosse... Poi a volte non te lo facevano trovare, ti dicevano che era in crisi o... Però cercavo di andarmene abbastanza in fretta dalla comunità.

Il parco del manicomio di Collegno: «Lì dentro non entrava nessuno da fuori»; «Per noi era molto bello, per loro era un'isola emarginante».

Le comunità interne: «allestite con arredi recuperati, volevamo uscire il più possibile»; «ma le sentivamo ancora "manicomio"»; «Erano bruttissime le comunità interne, poco curate, la differenza la faceva il fattore umano»; «le comunità erano chiuse, anche per proteggere».

Le comunità esterne: «Rapporti scarsi con il territorio»; «Io non so quanto avessero questo grado di consapevolezza nel passaggio alla comunità»; «Le persone si portano dietro lo stigma di essere ex O.P., e gli ex O.P. facevano paura. I segni ce li avevano sul viso, e quelli non siamo riusciti a toglierli»; «Vivere fuori per gente che non è più abituata non è facile, in comunità si era un po' più protetti».

La difficoltà di percepire una netta cesura nel cambio di ambiente di vita fuori dal manicomio ricorre in numerose testimonianze, segno certamente del perdurare di tempi e spazi dell'istituzionalizzazione, come sottolinea C.:

La spinta ideologica a fare qualcosa che sentivi davvero importante, che avrebbe cambiato le cose faceva passare in secondo piano anche come tu rappresentavi la follia o la malattia mentale. Anche perché... in questo senso è sicuramente diverso dall'oggi, perché dentro il manico... comunque era forte il fatto di aver a che fare con una dimensione di istituzione che aveva negato i diritti delle persone e quindi tu partivi anche dal presupposto che lì dentro c'era anche gente che forse non avrebbe dovuto esserci. Quindi davvero non sapevi quanto incontravi la malattia o avevi di fronte i risultati dell'istituzionalizzazione.

Sono molti gli aneddoti che evidenziano dubbi sulle reali o percepite continuità tra spazi manicomiali e spazi post-manicomiali. Uno lo racconta per esempio ML: «Nascondere le cose per non farsele rubare: lo faceva in manicomio, ha continuato a farlo dopo». Un altro M., educatrice in una comunità esterna, che ricorda il caso di una persona inserita in famiglia che un giorno le chiese come mai «gli operatori [la coppia che lo aveva accolto attraverso l'inserimento etero familiare, ndr] dormono in due in una stanza. Nessuno di noi era riuscito a trasmettergli che cosa fosse una famiglia». E per questa ragione si insisteva con «il lavoro di casa per ridare senso agli aspetti della vita e ritualizzare la quotidianità»<sup>17</sup>.

## **Soggettività**

Nel processo di deistituzionalizzazione incontriamo diverse soggettività – operatori, soci di cooperative, medici, infermieri e naturalmente pazienti – che oggi affermano il loro ruolo e la loro funzione – talvolta in gran parte dimenticata, come nel caso degli operatori d'appoggio (educatori) – e che, proprio nei racconti orali, problematizzano il tema delle relazioni, in special modo tra pazienti, medici e personale di cura. Cito solo alcuni esempi ed espressioni particolarmente chiarificatrici: «Cercavamo la loro personalità, non la malattia»; «Noi ci sentivamo un esercito di liberazione, noi lottavamo contro un'istituzione totale e segregante per distruggerla, per portare fuori le persone dalle galere...»; «Nel lavoro dovevi usare il tuo corpo, non ti deve dare fastidio la vicinanza»; «Noi eravamo anche inteneriti, ho avuto grossi attaccamenti»; «Erano amici, erano compagni

17. Intervista del 7 aprile 2022.

quotidiani»; «Dopo un po' persone che non si erano mai parlate iniziarono a parlarsi; era anche un lavoro di ricostruzione dei rapporti, dell'umanità»; «Si poteva fare qualunque cosa, eravamo in manicomio... Ci siamo divertiti tantissimo»; «Lavorando sull'interazione si riuscivano a scalare i farmaci... erano bombati... con alterni risultati».

Il ricordo di alcuni momenti tragici fa emergere molto chiaramente queste diverse soggettività e i loro legami. Ne è un esempio il racconto di M.:

Succede che un nostro ospite muore, finisce sotto il treno. C'è una conferenza stampa in amministrazione, lì a Collegno, all'interno del manicomio, con tanta gente, tanti funzionari, tanti... Io ero francamente spaventato, forse neanche troppo all'altezza, ero ancora giovane e acerbo. E comunque io inizio dicendo: allora, che le finestre erano state chiuse; allora, che gli operatori c'erano tutti, eravamo tutti in organico, abbiamo fatto tutte le attenzioni, probabilmente un operatore è uscito per andare in farmacia a prendere... e non ha chiuso bene la porta. E c'era Pirella. A un certo punto Pirella mi interrompe e dice: «M. mica siamo qui per chiuderle le porte, ma siamo qui per liberarli. Questi sono rischi che bisogna correre, questi sono stati chiusi, segregati, adesso gli stiamo ridando la libertà. Ma sai quanti suicidi c'erano prima che arrivaste voi...».

L'incontro, ieri e oggi, dei diversi vissuti dipendeva dal fatto che, per molti operatori, la relazione era parte sostanziale del lavoro sociale, come testimonia S., tra i primi a entrare al Centro sociale Basaglia, un laboratorio di attività creative e manuali aperto nel 1983 dentro l'ospedale psichiatrico di Collegno<sup>18</sup>:

L'idea era un po' di questi psichiatri che erano stufo di andare in manicomio e rapportarsi con persone rinchiusi da quindici o vent'anni con le solite modalità educative, psico... perché avevano constatato che probabilmente non servivano. Volevano un approccio più normale, tra virgolette, con queste persone, soprattutto, per persone – questa era l'idea su cui poi noi abbiamo lavorato per anni – persone chiuse, internate da dieci, quindici vent'anni che non facevano mai nulla di manuale perché erano ricoverati in ospedale... Così hanno valutato, valutavano che tirarle dentro delle attività manuali arricchiva queste persone e permetteva un rapporto, una conoscenza che altri sistemi non riuscivano a ottenere<sup>19</sup>.

Soffermandoci sulla testimonianza di A. riusciamo a cogliere le diverse implicazioni della coesistenza delle diverse soggettività nel processo di deistituzionalizzazione.

18. Si veda per esempio: *Dal centro al margine: l'esperienza della cooperativa sociale Il margine, fondata nel 1979*, Il margine, Torino 2003.

19. Intervista del 15 marzo 2022.

L'obiettivo finale era portare le persone fuori, ok? Dall'inizio al finale tu dovevi conoscerli, questi pazienti che ti venivano indicati. Per conoscerli avevi questi strumenti, che erano le attività, lo stare insieme. O anche senza attività, andavi al bar di fronte all'O.P. e stavi un tempo [...]. La risorsa eri tu, con quello che era la tua curiosità il tuo interesse e anche era come una messa in prova [...]. All'inizio era una messa in prova per me ma anche per questa persona. Se davvero era stata fatta la legge, apriamo i manicomi... Aprire i manicomi, apriamo le porte, si apre il manicomio. Ma ci sono persone, che hanno una storia, che hanno un vissuto, che avevano dei progetti, avevano una vita, avevano dei figli, avevano dei genitori... insomma, sono persone. Parti dal fatto... questa appare retorica, ma no... tu hai di fronte un individuo che a un certo punto è stato preso, chiuso, il mondo è andato avanti... Si decide, qualcuno, giustamente, si immagina, crede che tutto questo non debba più essere e quindi tu puoi tornare fuori. Ma cosa vuol dire? Il mondo nel frattempo è cambiato, tu hai perso tutto o tutto è rimasto chiuso dentro di te. Perso puoi averlo perso, ma molto c'è ancora dentro di te, non è stato più utilizzato o è stato utilizzato in modo disfunzionale o represso. Tutto questo tu lo sai, ne parli, ma lo strumento principale eri tu, la messa in gioco costante. Era una scommessa, non c'era nulla di certo. Tu sapevi che se qualcosa... Il nostro compito era quale, anche? Quello di raccogliere elementi della persona... elementi voleva dire non diventare... allora raccontami... le tue sensazioni, cosa era avvenuto in te in quelle due ore in cui eri stato con questo paziente. Poteva anche essere che il paziente non ti aveva rivolto la parola per tutto il tempo, tu dovevi dirlo: oggi è così, accetto questo. O non lo accetto... non c'era una linea, eri molto tu che ti dovevi inventare, dovevi davvero inventarti in base a quella che era la tua esperienza.

Proprio questa inclinazione relazionale riempie i ricordi di A. come di tante colleghe e di tanti colleghi:

Io ne parlavo tanto, tantissimo, mi coinvolgeva in modo affascinante. Era... era diventata una sfida, io ero felice quando andavo a lavorare, ero molto contenta e mi divertivo veramente molto, così come molto stavo male quando accadeva magari una crisi, quando ti si palesava una crisi che tu non ti aspettavi e non sapevi che cosa voleva dire una crisi, che poteva manifestarsi in vari modi.

La relazione tra soggetti implicava gradi di affettività, di conflitto e di interdipendenza.

Cambiavi anche tu con loro. Era un cambiamento che ti coinvolgeva, anche te, cose molto lente, che poi ti rendevi conto... Due anni fa avrei reagito in questo modo a questa cosa? No, quindi è stato anche per me un cambiamento di vita. Era un cambiamento che portavi davvero sulle tue spalle, condividendolo con altre persone ovviamente, che ne sapevano anche più di te, e facendo davvero un lavoro di sfondamento.

La memoria di questo lavoro sociale non può ignorare questo aspetto, per la preponderanza nelle pratiche quotidiane e, in parallelo, nell'intimità